

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ			CC:	7095250
CORREO ELECTRÓNICO:	OSSURO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3133722982
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72A 121-48			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550049000026465
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1731 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 14.895.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ PS_1731_2025_C3164D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ CC: 7095250 CEL: 3133722982					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ

CON C.C N°7.095.250

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO UROLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.PS 1731 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$82.419.000No. HORAS EJECUTADAS120

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$203.316.750VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$14.895.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SAUL ARDILA DURAN

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO UROLÓGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 34937451	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/04	\$ 1.256.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/04	\$ 1.709.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/10/04	\$ 245.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.210.900

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ
PS_1731_2025_C3164D

OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ
CC: 7095250

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1731_2025_C3164D

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SAUL ARDILA DURAN
PS_1731_2025_C3164D

SAUL ARDILA DURAN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Espacio para
Logo Corporativo

OSCAR AMBROSIO SUAREZ
RODRIGUEZ
NIT 7.095.250-8
carrera 72 a #121-48 apto 1-104
Tel: (601) 8108612
Bogotá - Colombia
ossuro@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. OSR 223

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DIAGONAL 34 # 5-43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/10/2025, 13:37
Expedición	18/10/2025, 13:37
Vencimiento	18/10/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HORA UROLOGÍA SUBRED	120.00	13,256,550.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:

Trece millones doscientos cincuenta y seis mil quinientos cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 13,256,550.00

Observaciones:

RELACIÓN DE HORAS CORRESPONDIENTES AL MES DE OCTUBRE 2025

Total Bruto	14,895,000.00
IVA 0%	0.00
Retefuente 11%	1,638,450.00
Total a Pagar	13,256,550.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764084446668 aprobado en 20241130 prefijo OSR desde el número 201 al 300 Vigencia: 6 Meses Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: c728494595387ce50ef2c5d1002e4fd6279ae4cdf529d1b9cd86b66bda78e1d94ffa35a7f342f457271d6bcb1e1c0a0d



RAZÓN SOCIAL :	OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-7095250
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	02
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	02
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-14
FECHA DE PAGO:	2025-10-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34937451
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34937451
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 10.053.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.256.700	\$ 1.256.700
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 10.053.500	\$ 50.300	\$ 50.300	\$ 0	\$ 1.709.200	\$ 1.709.200
14-25	800226175	COLMENA	1	\$ 10.053.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 245.000	\$ 245.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 10.053.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 60.400	\$ 60.400
Total a pagar					\$ 50.300	\$ 50.300	\$ 0	\$ 3.271.300	\$ 3.271.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/11/2025
----------------------------------	------------