



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA		CC:	1020739735	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANFECUSA@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3105859428	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54A 169 71		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009100690867

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1092 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.949.080
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA
PS_1092_2025_6C92BE



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

CC: 1020739735

CEL: 3105859428

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA			
CON C.C N°		1.020.739.735	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1092 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 30.884.800	No. HORAS EJECUTADAS	72
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 64.343.333	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.949.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ		
ITEM	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)		
1	Se Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patología establecidos dentro del plan de atención de su especialidad		
2	Realizo 72 horas al mes en consulta externa durante Noviembre / 2025, para un promedio de 216 cupos de consulta		
3	Se Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos		
4	Se cumplieron a cabalidad las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica		
5	Se Participo en la programación de actividades del área		
6	Se Reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente		
7	Se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según fue necesario		
8	Se Notificaron los sucesos de calidad que se presentaron en el servicio y se participó en los análisis que fueron convocados. Así mismo se implementaron las acciones de mejora definidas para el servicio		
9	Se impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente		
10	Se Diligencio en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9494227363	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/31	\$ 1.125.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/31	\$ 1.530.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/31	\$ 219.000
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 2.874.000
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr 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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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	 <p><i>ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA</i> <i>PS_1092_2025_6C92BE</i></p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA CC: 1020739735</p>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ELIZABETH COY JIMENEZ</i> <i>PS_1092_2025_6C92BE</i></p> <hr/> <p>ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>	



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

NIT: 1020739735-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CR 55A169A 10, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3105859428

Autorización facturación electrónica No. 18764073650791 válida desde 2024-06-25 hasta 2026-06-25 rango desde FACE501 hasta FACE1000.

Nombre o Razón: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
Social: CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT: 900959051
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013282828
Email: recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Débito Ahorro
Fecha de Pago: 17/02/2026

Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FACE673
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 15:57:49-05:00
FECHA FIRMADO: 17/11/2025 15:57:52

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
17	11	2025	17	02	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. M.	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	673	MEDICINA INTERNA HONORARIOS ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN EL MES DE NOVIEMBRE/2025 ASI: (UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA (CAPS)) TOTAL HORAS 72 (SETENTA Y DOS) VALOR TOTAL: \$6.949.080 PESOS MCTE SÍRVASE CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS N 009100690867 BANCO DAVIVIENDA	WSD	72,00	\$96.515,00				0,00	\$6.949.080,00

Notas:	Subtotal:	\$6.949.080,00
	Cargos:	\$0,00
	Descuento:	\$0,00
	Total:	\$6.949.080,00

SON: (seis millones novecientos cuarenta y nueve mil ochenta pesos)
CUFE: 264be899eabfb9d72309f1efb4bf09358138a5a3fcd9429022c230d14bfcab098b042802a18524b834500b2d0db

Firma Digital: RvJjGvGzSSGK0cbeHP3xq7xCl0NPF5AgPRmOvRb50mEvRuDRg9W5u+vk
neFgh4Iq+4A+0RrLDPK(E)1e1PRe-oz1PFD9H75+48gkE
NR0bzng7p+4S aaG5FcaL8M0y3Lz6RvUjPpE7chUJ9wF0S93+1p9+uJ7a6W46L0x TAeg880TqpwPyUNiExleDGT3Esr1d0p
N30Mkac7Yvww8tuJzNkrcod/IndTRBcoC31aW7Q2aK9eITrepduzq8AqFGonofU2Vv78eRwW2nIQrUCDS Caltbz6+9GmPWaPjvZl
T=

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

