

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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	\$ 25.818.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ
PS_1731_2025_633135

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 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 82.419.000	No. HORAS EJECUTADAS	208
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 251.104.875	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 25.818.000
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) 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)

- | | |
|----|--|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente. |
| 2 | Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. |
| 3 | Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion. |
| 5 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion. |
| 6 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 7 | Emitir conceptos medicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. |
| 8 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma |
| 9 | Reportar al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales |
| 10 | Apoyar la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. |
| 11 | Cantidad de horas realizadas en el proceso: 208 horas en el mes de diciembre. |

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35680674-35765399	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/18	\$ 1.192.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/18	\$ 1.621.600
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/12/18	\$ 232.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.046.100

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ PS_1731_2025_633135</p> <hr/> <p>OSCAR AMBROSIO SUAREZ RODRIGUEZ CC: 7095250</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1731_2025_633135</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>SAUL ARDILA DURAN PS_1731_2025_633135</p> <hr/> <p>SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

Se certifica que la empresa , identificada con CC-7095250 sucursal 02, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión: 2025-11	231001	800227940	COLFONDOS	1	0	1.442.500	0	1.442.500
Período salud: 2025-11	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	0	1.060.600	0	1.060.600
Planilla Nro.: 35680674 Tipo I	14-25	800226175	COLMENA	1	0	206.700	0	206.700
Clase de aportante: I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	51.000	0	51.000
Fecha transacción: 2025-12-11	PASENSA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción: 1999126748	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 2.760.800

PAGADO

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 226

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

Fecha y hora Factura	
Generación	12/12/2025, 07:44
Expedición	12/12/2025, 07:44
Vencimiento	12/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HORA UROLOGÍA SUBRED	208.00	22,978,020.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:

Veintidos millones novecientos setenta y ocho mil veinte pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia

\$

22,978,020.00

Total Bruto	25,818,000.00
IVA 0%	0.00
Retefuente 11%	2,839,980.00
Total a Pagar	22,978,020.00

Observaciones:

Relación de horas correspondientes a diciembre 2025

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: 8c2f8a35beff4d2b6d8bfe976c51c3c61991b34a148023bfef615c3e18a67af37c7ea14d921dd5ea737900b906c8289f