

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA
PS_1092_2025_424596

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:	\$ 71.099.383	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.949.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	Realizo 72 horas al mes en consulta externa durante Diciembre / 2025, para un promedio de 216 cupos de consulta		
2	Se Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patología establecidos dentro del plan de atención de su especialidad		
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° 9495600511	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/28	\$ 1.400.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/28	\$ 1.904.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/28	\$ 272.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.576.900
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 íbe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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			

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA
PS_1092_2025_424596

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

CC: 1020739735

CEL: 3105859428



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Secursal Principal		Direccion		Ciudad/Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	DV	CUERPO SAMUCA ANDRES FELIPE		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 544 E 189 - 71 Bituata Norte		BOGOTÁ BOGOTÁ D.E.		4748376		No	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES		PENSIÓN		SALUD		CCF		RIESGOS		PABU/FSCALES		Total Aportes			
			Identificación	Nombre	BC	Código/Día	Aporte	BC	Código/Día	Aporte	BC	Código/Día	Tarifa	Aporte		BC	Día	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Atribuido)					\$11,200,000	\$1,904,000	\$11,200,000	\$1,400,000	\$0	\$0	\$11,200,000	\$272,900	\$0	\$0	\$13,576,900			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Atribuido)					\$11,200,000	\$1,904,000	\$11,200,000	\$1,400,000	\$0	\$0	\$11,200,000	\$272,900	\$0	\$0	\$13,576,900			
Código: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Atribuido)					\$11,200,000	\$1,904,000	\$11,200,000	\$1,400,000	\$0	\$0	\$11,200,000	\$272,900	\$0	\$0	\$13,576,900			
1	EC	102078729	CUERPO ANDRES		25-14	30	\$11,200,000	\$1,400,000	0	0	14-11	30	\$11,200,000	2,400,000	\$272,900	\$0	No	\$13,576,900
Total Atribuido(s)					\$11,200,000	\$1,904,000	\$11,200,000	\$1,400,000	\$0	\$0	\$11,200,000	\$272,900	\$0	\$0	\$13,576,900			



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clase	Tipo	Fecha	Pago	Valor		
2025-11	2025-11	19623495718	9495600511	Planilla	2025-12/09	2025-11/28	BANCO DAVIVIENDA	0	\$13,576,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,904,000	50	50	\$1,904,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,904,000	50	50	\$1,904,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$272,900	50	50	\$272,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$272,900	50	50	\$272,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,400,000	50	50	\$1,400,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$1,400,000	50	50	\$1,400,000
TOTAL				1	\$3,576,900	50	50	\$3,576,900



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: 18/03/2026

Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FACE596
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 10:11:03-05:00
FECHA FIRMADO: 18/12/2025 10:11:05

FECHA DE EMISIÓN FECHA DE VENCIMIENTO

DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
18	12	2025	18	03	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. M.	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	696	MEDICINA INTERNA HONORARIOS ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN EL MES DE DICIEMBRE/2025 ASI: (UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA (CAPS)) TOTAL HORAS 72 (SETENTA Y DOS) VALOR TOTAL: \$6.949.080 PESOS M/CTE SÍRVASE CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS N 009100690867 BANCO DAVIVIENDA	WSD	72,00	\$96.515,00				0,00	\$6.949.080,00

Notas:

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

CUFE: a0b8d483044750cd74edc6318d4df511ect13ea408f388821bfd40fc49e38c1864238e22a19a118a6bfa2a48e9dc8a75

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

Firma Digital: UepK1paDRGCI8k2g1wPGelJxxJP3McDRuZ6pNC00wE7rapXV0aDIGVgP

Tv0CkM8EValas+2NgzrWYf7BDPDIuP9CzhaZqeln8X0a0H
59Q8aCZL8q4P 2zR8A28mFPv8e2KwV8akuy8YTTJod7v88X60ZCY+6eEj2v1TRk4ePvYg 5l8M8yeW4Y832L08ytpW8eVU0y8r8
f8v8AZ2OPjx5kzjP1HYXp8dL52a861N8R8kqPR7ShqTny8AQLU38q33cus1Gw8D4Z71L+806977CjQj DR3KvHkqJF288hFUpj
r9==

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.

