

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO			CC:	79472538
CORREO ELECTRÓNICO:	PAEZMAXILO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3153118041
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 SUR 4 128			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4372011106
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1721 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 19.943.064	
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				
 CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO PS_1721_2025_8813C6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO CC: 79472538 CEL: 3153118041					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO			
CON C.C N°		79.472.538	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1721 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 77.556.360	No. HORAS EJECUTADAS	216
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 245.872.127	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 19.943.064
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		
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	REALICE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA MAXILOFACIAL		
2	BRINDE 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, ASI COMO SUGERIR CAMBIOS O MODIFICACIONES QUE PUEDAN UNIFICAR CRITERIOS A FIN DE REALIZAR UNA ATENCION INTEGRAL ADECUADA Y DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION.		
3	REALICE LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. APLICAR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA APLICACION DE LISTA DE SEGURIDAD QUIRURGICA.		
4	INFORME 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	DILIGENCIE 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	RESPETE LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION.		
7	EMITI CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.		
8	GARANTICE LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS.		
9	REPORTE AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.		
10	INFORME OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.		
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, <u>CERTIFICO</u> 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° 9496518820	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/16	\$ 1.003.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/16	\$ 1.365.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/16	\$ 195.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.564.800
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 ningún 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	 CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO PS_1721_2025_8813C6 CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO CC: 79472538		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1721_2025_8813C6 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_1721_2025_8813C6 SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
9d555f5c6b94c310e526853a4e507f21dc007bf176fea22c199181e7f1c3a8df7c899b6288c9806dddc189d5b27b0819

Número de Factura: CP-86

Fecha de Emisión: 18/12/2025

Fecha de Vencimiento: 28/12/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO

Nombre Comercial: PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO

Nit del Emisor: 79472538

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8622

País: Colombia

Departamento: Cundinamarca

Municipio / Ciudad: Chía

Dirección: CL 2 SUR 4 128 CA 8 BRR LA BALSA

Teléfono / Móvil: 3153118041

Correo: paezmaxilo@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DIAGONAL 34 No 5-43

Teléfono / Móvil: 3282828

Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85122004	SERVICIOS DE CIRUGIA MAXILOFACIAL	LH	216,00	\$ 92.329,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 19.943.064,00

Notas Finales

PRESTACION DE SERVICIOS CIRUJANO MAXILOFACIAL MES DE DICIEMBRE 2025

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
18/12/2025 14:44:26
Documento validado por la
DIAN:
18/12/2025 14:44:27
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	19943064
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19943064
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19943064
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19943064

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	19.943.064,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.943.064,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.943.064,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19.943.064,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764098640539 Rango desde: 80 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-03-15

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 79472538		PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 Sur # 4 - 128	CHIA-CUNDINAMARCA	3153118041	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2013423714	9496518820	I	2025/12/10	2025/12/16	DAVibank S.A.	6	\$2,564,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900	\$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900	\$0
1	CC 79472538	PAEZ CARLOS	25-14	30	\$8,000,000	\$1,360,000	EPS010	30	\$8,000,000	\$1,000,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$8,000,000	\$194,900	0
Total Afiliados(1)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79472538		PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 Sur # 4 - 128	CHIA-CUNDINAMARCA	315318041	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	2013423714		9496518820	I	2025/12/10	2025/12/16	DAVibank S.A.	\$2,564,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,360,000	\$5,300	\$0	\$1,365,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,360,000	\$5,300	\$0	\$1,365,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$194,900	\$800	\$0	\$195,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$194,900	\$800	\$0	\$195,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,000,000	\$3,800	\$0	\$1,003,800	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$1,000,000	\$3,800	\$0	\$1,003,800	
TOTAL				1	\$2,554,900	\$9,900	\$0	\$2,564,800	

[Crear](#)

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1721 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1721 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1721 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1721 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1721 2025 CRP-6334.pdf	1 PS 1721 2025 CRP-6334.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1721 2025 CRP-13481.pdf	2 PS 1721 2025 CRP-13481.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1721 2025 CRP-18940.pdf	3 PS 1721 2025 CRP-18940.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1721 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle