

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY		CC:	80852320	
CORREO ELECTRÓNICO:	ADDCELY@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3164134860	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54 SUR 34 72		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	40072160675

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1738 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.900.000
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		



ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY
PS_1738_2025_184771

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY

CC: 80852320

CEL: 3164134860

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDRÉS AUGUSTO DIAZ CELY

CON C.C N°

80.852.320

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 1738 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

22.080.000

No. HORAS EJECUTADAS

60

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

92.920.000

VALOR DE HONORARIOS

PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

6.900.000

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

Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración quirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

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° 91791289	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/09	\$ 2.094.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/09	\$ 2.848.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/09	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.943.200

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 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)
- 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



ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY

PS_1738_2025_184771

ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY

CC: 80852320

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1738_2025_184771

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_1738_2025_184771

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80852320	ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY		CL 54 SUR NO 34 - 72 SUR SAN VICENTE	3208276046	aadcely@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91791289	\$5.368.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS
TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	2.094.600	0		0		0	5	6.600	0	2.101.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.681.000	0	0	83.800	83.800	5	8.500	600	2.857.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	408.200				408.200	5	1.300	409.500			4.082	409.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2.094.600	2.101.200
Pensión	1	2.848.600	2.857.700
Riesgos Laborales	1	408.200	409.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.351.400	5.368.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80852320	ANDRÉS AUGUSTO DÍAZ CELY		CL 54 SUR NO 34 - 72 SUR SAN VICENTE	3208276046	aadcely@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91791289	\$5.368.400		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80852320	DÍAZ CELY ANDRÉS AUGUSTO	59	0			N																	230201	16.756.072	2.681.000	0	0	83.800	83.800	EPS037	16.756.072	2.094.600	14-11	16.756.072	3	408.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Carga
<input type="checkbox"/> 1. PS 1738 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1738 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 2. PS 1738 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1738 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 3. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 4. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 5. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 6. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 1 PS 1738 2025 CRP-6348.pdf	1 PS 1738 2025 CRP-6348.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 2 PS 1738 2025 CRP-15904.pdf	2 PS 1738 2025 CRP-15904.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 7. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf	7. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf	Prove
<input type="checkbox"/> 3 PS 1738 2025 CRP-18951.pdf	3 PS 1738 2025 CRP-18951.pdf	Comp
<input type="checkbox"/> 8. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Prove
<input type="checkbox"/> 9. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Prove
<input type="checkbox"/> 10. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Prove
<input type="checkbox"/> 11. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1738 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Prove

ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY

NIT: 80852320-9

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 54 SUR 34 72 BRR SAN VICENTE FERRER, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3164134860

Email. aadcely@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764103363011 válida desde 2025-12-18 hasta 2026-06-18 rango desde FE125 hasta FE1000.

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT : 900959051-7
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3023348034
Email: apoyocxsubredco@gmail.com

Forma de Pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Crédito
Fecha de Pago: 18/01/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : FE125
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 20:29:19-05:00
FECHA FIRMADO: 18/12/2025 20:29:23

FECHA DE EMISIÓN **FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
18	12	2025	18	01	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	Servicios de Anestesia Honorarios Médicos	WSD	1,00	\$6.900.000,00				0,00	\$6.900.000,00

Notas:**SON:** (seis millones novecientos mil pesos)**CUFE:** 194e22fdde39e7faad8a0e391959e444c58a5dc25f340816b4060ea1070278b735d1462a0570e369e9b73ee6e90e46d9

Subtotal:	\$6.900.000,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$6.900.000,00

Firma Digital: IWJ7AUVV5Kwm0DnK+Kfxgqj90Bi9UBFQ1gGn5fi4N+brVKmz5A4t9zOOVXqIHu2T
bsqYXLLhDbfXgrJlwU+EaZEMGibsfLqvZaQvQkCn87HmfsIny
dsglezmLcdx7Ut sjmIPHoq2/Xtuk8X9meZ/jZpFHUv2yFqSTMsvk+NbdDmw77Kktawox3drB8x9Kx9 RJsWJrwOAol/tWVEyNrHXBoNaHgsI45w7KJ
E1odCF8PTxMoJYjDLolPkn8p9EKcW 1u93TZovNhGf/ltJ18O7x7nWk6dNMY4KI7Am2n4qjzXuQT/WXk4ndMeCSUbn4C8 6W80VI+oI1m++E0MmULJ
OQ==

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.