

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS			CC:	80875579
CORREO ELECTRÓNICO:	KMILO-A@MSN.COM			TELÉFONO:	3102591019
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9B N° 113 - 69 APTO 305			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	116050105715
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1572 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 12.199.320	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS PS_1572_2025_1009CA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS CC: 80875579 CEL: 3102591019					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

CON C.C N° 80.875.579

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1572 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 63.436.464	No. HORAS EJECUTADAS	120
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 127.381.233	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.199.320
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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 valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial.

1	Respuesta a correos.
	20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
	21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
	22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
	23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1004617	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/05	\$ 1.161.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/05	\$ 1.486.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/05	\$ 226.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.874.900

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS PS_1572_2025_1009CA CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS CC: 80875579
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1572_2025_1009CA DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1572_2025_1009CA

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

La empresa **CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS**, identificada con **CC** número **80875579**, aportó por **CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS** identificado(a) con **CC** número **80875579** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-12 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	G	R	E	D	E	T	A	D	A	P	P	V	S	L	S	I	G	M	A	V	A	V	C	T	P	I	R	P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59																													0		30	\$9,292,700	0.12500	\$1,161,600	\$0	\$0	Diciembre - 2025	1004617	05/01/2026	No	
231001	Colfondos	59																													0		30	\$9,292,700	0.16000	\$1,486,900	\$46,500	\$46,500	Diciembre - 2025	1004617	05/01/2026	No	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																													0		30	\$9,292,700	0.02436	\$226,400	\$0	\$0	Diciembre - 2025	1004617	05/01/2026	No	

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1572 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1572 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1572 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1572 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1572 2025 CRP-6219.pdf	1 PS 1572 2025 CRP-6219.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

NIT: 80875579-8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CRA 9B # 113 -69 APTO 305, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3105291019
Email. kmilo_a@msn.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764068803357 válida desde 2024-04-11 hasta 2026-04-11 rango desde CARP101 hasta CARP200.

Nombre o Razón

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Social:

CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT :

900959051-7

Dirección:

DIAGONAL 34 No. 5-45, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono:

6013444484

Email:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago:

Crédito

Medio de Pago:

Consignación bancaria

Fecha de Pago:

10/02/2026

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

CARP151

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

17:01:07-05:00

FECHA FIRMADO:

04/01/2026 17:01:08

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

DIA

MES

AÑO

04

01

2026

10

02

2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas 120 HORAS UCI MES DE ENERO 2026	WSD	1,00	\$12.199.320,00				0,00	\$12.199.320,00

Notas: REGIMEN SIMPLE SON: (doce millones ciento noventa y nueve mil trescientos veinte pesos) CUFE: 6ddef9bf67614f8989d2ecbb362b016cb83eff2d0ba50c18dcfce01703bf8403358d24ca8d4e72b0288944642ec4e540	Subtotal:	\$12.199.320,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$12.199.320,00

Firma Digital: wvn7lb0HpCtKQfgJmY6E+jfDauhjAaa4/h6/LH3l4Or46gSiG54jZwb1Dp4lb8F6 CWJuOXvHultt5x6BB7ZPOBPZPc8hiwxklFDqxNNRlijgpX/fI9 RChnffeCG/+DYF HVVWA/TYD/EKvEzq9XRFucnRb4XD0iTMAGJozXUdlm4j71GN40SBWYMGakFJR98n7 pbNZw9Othft3Dsd2DTwMK2FP4DDxXavyeEV cR1reOMXucSLVDY/p1D6dp4/qsk8h p8O4i/i903KkPOhHjvm9Sr6r64aozSe7eudiglwxwUKscZPcC44jH08MauZvgAmg kCLsQYjQ93+Oe7743VHI IA==

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.

