

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NIXON CALAMBAS			CC:	76320517
CORREO ELECTRÓNICO:	NIXONCALAMBAS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3007863927
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24C 84 86			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488437901306
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1066 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.663.307	
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				
 NIXON CALAMBAS PS_1066_2025_E0E08F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NIXON CALAMBAS CC: 76320517 CEL: 3007863927					

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

NIXON CALAMBAS

CON C.C N°

76.320.517

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO FISIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1066 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 280.000.000	No. HORAS EJECUTADAS	83
----------------------------	----------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 928.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.663.307
--	----------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
------------------------	--------------------------------

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 y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	REALIZO 83 HORAS EN EL MES DE ENERO 2026, FISIATRIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA. PROMEDIO 57 CONSULTAS Y 108 CUPOS DE REHABILITACION CARDIACA

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° 27151963	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/01/15	\$ 3.272.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/15	\$ 4.608.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/15	\$ 637.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 8.519.200
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 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 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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 NIXON CALAMBAS PS_1066_2025_E0E08F NIXON CALAMBAS CC: 76320517		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_1066_2025_E0E08F GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

NIXON CALAMBAS -
NIT: 76320517-5
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 24 C 84 86 IN 1 AP 502 CON BOSQUES DE MODELIA, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111
Tel. 3007863927
Email. nixoncalambas@gmail.com
Actividades Economicas 8621 - 0090
Autorización factura electrónica de venta No. 18764100304550 válida desde 2025-10-20 hasta 2026-04-20 rango desde ELEC847 hasta ELEC900.

Nombre o Razón Social:

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Nom. Comercial:

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

NIT :

900959051-7

Dirección:

DIAGONAL 34 NO 5-43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono:

3282828

Email:

contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago:

Crédito

Medio de Pago:

Transferencia Crédito Bancario

Fecha de Pago:

10/02/2026

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

ELEC861

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

09:45:10-05:00

FECHA FIRMADO:

29/01/2026 09:45:11

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
29	01	2026	10	02	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION MES DE ENERO 2026 HORAS	C62	1,00	\$7.663.307,00				0,00	\$7.663.307,00

Notas: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION MES DE ENERO 2026 HORAS SON: (siete millones seiscientos sesenta y tres mil trescientos siete pesos) CUFE: cbe9547eb5d35e58ae38bab918b894233c706c4e35f9da29bf9afbb888f8695ae2af145f01aa01b93ca66268627f584d	Subtotal:	\$7.663.307,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$7.663.307,00

Firma Digital: psK2F/YaJSskgDrRGmKRsi0dZckp1NxebUwiRtLDzgJq9ftf2rExPlz0AaUacl c9Q190kGAFT0J3jzCwgNLLi61dmdPKuvnKDqt5jp1sgjlZEjcw UvpMdozFQ3Q195 4I0N4d7KIMsfYmpqbxXMSa4Zi5def4IWZNKIX7xBioWcqZ8uOT5cU/q/it+/lJiK s+KkwHUbCSPf5qexCC6nivY1PC1z1FuHygu RBnJx0ZbDLBmjdu1VjDgZi3c2tV2S 4od4Yr4BihG8TOCVT8NLAyZKmY4pFGZTo1NC6AH/dS1SCwRtK7d8GZDydG0wVOBt PSEJr94lsVNvRP7ARka GA==

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.



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	
2025-12	2025-12	I	15/01/2026	27151963	\$8.519.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	3.256.900	0		0		0	8	16.000	0	3.272.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.168.800	0	0	130.300	286.700	8	20.400	2.200	4.608.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	634.700				634.700	8	3.200	637.900			6.347	637.900	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	3.256.900	3.272.900
Pensión	1	4.585.800	4.608.400
Riesgos Laborales	1	634.700	637.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	8.477.400	8.519.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	76320517	NIXON CALAMBAS		cra 103 a 22 f 60 fontibon	4043241	nixoncalambas@gmail.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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	15/01/2026	27151963	10
					TOTAL A PAGAR
					\$8.519.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Columna interior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	76320517	CALAMBAS NIXON				59	0				N																		25-14	26.054.872	4.168.800	0	0		130.300	286.700	EPS005	26.054.872	3.256.900	14-7	26.054.872	3	634.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

☐	PS 1066 2025 CUA - 10004.pdf	PS 1066 2025 CUA - 10004.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO EVENTO JULIO 2025.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO EVENTO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 HORAS.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 HORAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 EVENTO.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 EVENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 HORAS.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 HORAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 EVENTO.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 EVENTO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 HORAS.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 HORAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 EVENTO.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 EVENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 HORAS.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 HORAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 EVENTO.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 EVENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 HORAS.pdf	PS 1066 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 HORAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle