SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1343 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 9.759.456**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS
PS_1343_2026_F5F9D6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS
CC: 80875579
CEL: 3102591019

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA INTENSIVISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1343 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.635.784	**No. HORAS EJECUTADAS**	**96**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.635.784	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 9.759.456
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral. 2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales. 3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida. 4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención. 5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales. 6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido. 7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente. 8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud. 9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio. 10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales. 11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados. 12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones. 13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato. 14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1	16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato. 18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 50264093	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/11	$ 1.100.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/02/11	$ 1.408.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/11	$ 214.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.722.600

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS* *PS_1343_2026_F5F9D6* **CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS** **CC: 80875579**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1343_2026_F5F9D6* **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_1343_2026_F5F9D6* **DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

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 2026-1 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$8,800,450	0.12500	$1,100,100	$0	$0	Enero - 2026	50264093	11/02/2026	No
231001	Colfondos	59															0		30	$8,800,450	0.16000	$1,408,100	$44,100	$44,100	Enero - 2026	50264093	11/02/2026	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$8,800,450	0.02436	$214,400	$0	$0	Enero - 2026	50264093	11/02/2026	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **February** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	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
☐	13. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	13. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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 Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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: 10/03/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **CARP153**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **15:28:09-05:00**
FECHA FIRMADO: **11/02/2026 15:28:10**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
11	02	2026	10	03	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200 -5	Servicios de médicos especialistas 96 HORAS UCI MES DE FEBRERO 2026	WSD	1,00	$9.759.456,00				0,00	$9.759.456,00

Notas:
REGIMEN SIMPLE

SON: (nueve millones setecientos cincuenta y nueve mil cuatrocientos cincuenta y seis pesos)
CUFE: 40abf3f2c9c57b7dc95c2b19c51ca642155dd320abf7b3add109689d1cd1068763afc8f89ad34a06377fd2e4944af170

Subtotal:	$9.759.456,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$9.759.456,00

Firma Digital: f8fuOVzSjdFcKgplD2i4W6/fDiN9Yw7/Zn7G9D7oSVP7gTF9n0+FX89kcPEDpg+S
V/V4h2o0VtRJAgaruxWzaE1ExwKh6WTS90E1H5dh0egcidEWEv
+t5E1npAU9arkm rFx5WpPWTSjt342eE1Dn8suNsQ6tp8AylxuFc83e+2l76GaYrZl4nJqlJwL+Up+s i3+TqY4mlpkvBVpToA3V+kIY1UKH3miF1h6
RrZZJi1qVqrDHTNtjHRhzuKJYpQ7i yHWb7apW6mLK9ERuN39lVGsMn77Ju9nXylG8lebo8daJoQhYyr5x1DPZ904PWCPM 76fmznp31xAr+GMcnQm5
lw==

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.