

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA		CC:	1020739735
CORREO ELECTRÓNICO:	ANFECUSA@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3105859428
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54A 169 71		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 009100690867

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

N° DEL CONTRATO:	PS 2031 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.528.170
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA  
PS\_2031\_2026\_2D30D1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

CC: 1020739735

CEL: 3105859428

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

ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

CON C.C N°

1.020.739.735

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 2031 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

30.884.800

No. HORAS EJECUTADAS

78

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

30.884.800

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

7.528.170

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CUATRO ( 4 ) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD OLAYA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

ELIZABETH COY JIMENEZ

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)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Realizo 78 horas al mes en consulta externa durante Marzo/ 2026, para un promedio de 234 cupos de consulta
2	Se Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patología establecidos dentro del plan de atención de su especialidad
3	Se Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos
4	Se cumplieron a cabalidad las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
5	Se Participo en la programación de actividades del área
6	Se Reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
7	Se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según fue necesario
8	Se Notificaron los sucesos de calidad que se presentaron en el servicio y se participó en los análisis que fueron convocados. Así mismo se implementaron las acciones de mejora definidas para el servicio
9	Se impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente
10	Se Diligencio en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500613219	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/02/27	\$ 2.000.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/27	\$ 2.720.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/27	\$ 389.800

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.110.400
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, 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 FELIPE CUERVO SAMACA PS_2031_2026_2D30DJ ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA CC: 1020739735	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 ELIZABETH COY JIMENEZ PS_2031_2026_2D30DJ ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	



### Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																														
CC 1020739735		CUERVO SAMACA ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54A # 169 - 71 Britalia Norte	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4740676	No																														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																						
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor																															
2026-02	2026-02	96443232	9500613219	I	2026/03/09	2026/02/27	BANCO DAVIVIENDA	0	\$5,110,400																													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																						
EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES		Total Aportes																
No.	Identificación	Nombre	Integración	Desafiliación	Transferencia	Exclusión	Reincorporación	Extinción	Financiamiento	Seguro	Salud	Acceso	Protección	Financiamiento	Financiamiento	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes					
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>												\$16,000,905	\$2,720,400			\$16,000,905	\$2,000,200			\$0	\$0			\$16,000,905	\$389,800		\$0	\$0		\$0	\$0	\$5,110,400						
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>												\$16,000,905	\$2,720,400			\$16,000,905	\$2,000,200			\$0	\$0			\$16,000,905	\$389,800		\$0	\$0		\$0	\$0	\$5,110,400						
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)</b>												\$16,000,905	\$2,720,400			\$16,000,905	\$2,000,200			\$0	\$0			\$16,000,905	\$389,800		\$0	\$0		\$0	\$0	\$5,110,400						
1	CC 1020739735	CUERVO ANDRES								X							25-14	30	\$16,000,905	\$2,720,400	EPS010	30	\$16,000,905	\$2,000,200		0	\$0	\$0	14-11	30	\$16,000,905	2.4363	\$389,800	0	\$0	\$0	No	\$5,110,400
<b>Total Afiliados (1)</b>												\$16,000,905	\$2,720,400			\$16,000,905	\$2,000,200			\$0	\$0			\$16,000,905	\$389,800		\$0	\$0		\$0	\$0	\$5,110,400						



### Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,720,400	\$0	\$0	\$2,720,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,720,400	\$0	\$0	\$2,720,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$389,800	\$0	\$0	\$389,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$389,800	\$0	\$0	\$389,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,000,200	\$0	\$0	\$2,000,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$2,000,200	\$0	\$0	\$2,000,200
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$5,110,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$5,110,400</b>

**ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA**

NIT: 1020739735

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CR 55A169A 10, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3105859428

Email. anfecusa@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764073650791 válida desde 2024-06-25 hasta 2026-06-25 rango desde FACE501 hasta FACE1000

**Nombre/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:** 6013282828  
**Email:** recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.go.v.co  
**Forma de pago:** Contado  
**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria  
**Total de Líneas:** 1

<b>FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA</b>	<b>FACE737</b>				
<b>MONEDA:</b>	<b>COP Peso colombiano</b>				
<b>HORA EMISIÓN:</b>	<b>22:33:34-05:00</b>				
<b>FECHA FIRMADO:</b>	<b>23/03/2026 17:33:35</b>				
<b>FECHA DE EMISIÓN:</b>		<b>FECHA DE VENCIMIENTO:</b>			
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
23	03	2026	23	06	2026

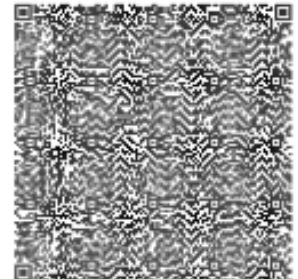
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	737	MEDICINA INTERNA HONORARIOS ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN EL MES DE MARZO/2026 ASI: ( UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA (CAPS) ) TOTAL HORAS 78 ( SETENTA Y OCHO ) VALOR TOTAL: \$7.528.170 PESOS M/CTE SÍRVASE CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS N 009100690867 BANCO DAVIVIENDA	WSD	78,00	\$96.515,00				\$00.0	\$7.528.170,00

<b>Notas:</b>	<b>Subtotal:</b>	\$7.528.170,00
SON: (siete millones quinientos veintiocho mil ciento setenta pesos cero centavos)	<b>Cargos:</b>	\$0,00
CUFE: 087238c48559a240d44be2da4e0aacee98602b517f280747606a2e6647848d18fba7b3413895ef06d717c732488a7b5a	<b>Descuentos:</b>	\$0,00
	<b>Total:</b>	\$7.528.170,00

Firma Digital: XCXaL8CFm330W0XRehqtLpa80NcQpeftxGGMnZ3E/51+FMjPKvUYMKQDdx6Mjmc2vJZ1wc9Q4./04atGM4pe+Phm7Nl9Zkg32u%Os3oOy90aB83Ty2ux7pTQpcSOYw+8bUUGGgbghLMSZ.Je28jaoaSInSo9\_NiozZD.JpX/8b4h7bL81lcbRPyfY/8d+0uIR+9gaZ3mcbkQF87c/ocdr3goJQWSeIgwUWXXs2ZPscikwlvb89kGU5rxTgTI96/ko4v0hKLRwTV8aKbj8EQKybIC4pYBPISJtq1dIK2xwTab1IPGM0mbL7+axSU4UQWWMF5K3x4gXg==

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.



Software: e-Factura Proveedor tecnológico: **cadena**. NIT. 990.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech NIT. 901.143.311-8



