

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|---------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |               |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |               |              |
| 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 1343 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 10.979.388 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                | 2026/02/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/06/30    |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |                                                  |         |               |              |
| <div><div>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS<br/>PS_1343_2026_A7C922</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS<br/>CC: 80875579<br/>CEL: 3102591019</div> |                              |                                                  |         |               |              |

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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1343 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$75.635.784No. HORAS EJECUTADAS108

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$75.635.784VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$10.979.388

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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.<br>17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato.<br>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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 82554311 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL | 2026/05/12    | \$ 1.234.200 |
| PENSIÓN:                                      | COLFONDOS   | 2026/05/12    | \$ 1.579.700 |
| RIESGOS LABORALES:                            | POSITIVA    | 2026/05/12    | \$ 240.600   |
| OTRO                                          |             |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |             |               | \$ 3.054.500 |

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 | <br>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS<br>PS_1343_2026_A7C922<br>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS<br>CC: 80875579             |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA          | <br>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS<br>PS_1343_2026_A7C922<br>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS<br>SUPERVISOR ALTERNO |

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



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS\_1343\_2026\_A7C922

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 2026-4 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  | 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 | \$9,873,000 | 0.12500 | \$1,234,200 | \$0            | \$0                    | Abril - 2026    | 82554311         | 12/05/2026 | No                 |               |           |
| 231001 | Colfondos                    | 59        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0 | 30 | \$9,873,000 | 0.16000 | \$1,579,700 | \$49,400       | \$49,400               | Abril - 2026    | 82554311         | 12/05/2026 | No                 |               |           |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0 | 30 | \$9,873,000 | 0.02436 | \$240,600   | \$0            | \$0                    | Abril - 2026    | 82554311         | 12/05/2026 | No                 |               |           |

PAGADA

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

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





Aumentar el contraste

UTC -5 13:21:18

CAMILO ANDRES ROJ...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

→

Menú

→

Administración de contratos

→

Ver contrato

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

<

Evalua

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

Configuraciones del

usuario

CAMILO ANDRES ROJAS

PORRAS

CAT: 0782520

Configuración Entidad

Estatad / Proveedor

6 Mayo, 2026(UTC -5) 13:21:18

Salir

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                      | Nombre del archivo                               | Cargado por |           |         |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | 2. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1343 2026 CRP -8616.pdf                     | 1 PS 1343 2026 CRP -8616.pdf                     | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | 3. PS 1343 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

NIT: 80875579 - 8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CRA 9B # 113 -69 APTO 305, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3105291019

Email. kmilo\_a@msn.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764109662891 válida desde 2026-05-11 hasta 2028-05-11 rango desde CARP201 hasta CARP500

**Nombre/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:** 10/06/2026

**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** CARP202

**MONEDA:** COP Peso colombiano

**HORA EMISIÓN:** 07:23:10

**FECHA FIRMADO:** 12/05/2026 07:23:11

| FECHA DE EMISIÓN |     |      | FECHA DE VENCIMIENTO |     |      |
|------------------|-----|------|----------------------|-----|------|
| DÍA              | MES | AÑO  | DÍA                  | MES | AÑO  |
| 12               | 05  | 2026 | 10                   | 06  | 2026 |

| # | CÓDIGO     | DESCRIPCIÓN                                                          | U.M | CANTIDAD | PRECIO U.       | IMPUESTOS |         |       | DCTO.  | TOTAL           |
|---|------------|----------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-------|--------|-----------------|
|   |            |                                                                      |     |          |                 | NOM.      | % o VAL | MONTO |        |                 |
| 1 | 85121200-5 | Servicios de médicos especialistas<br>108 HORAS UCI MES DE MAYO 2026 | WSD | 1,00     | \$10.979.388,00 |           |         |       | \$0,00 | \$10.979.388,00 |

**Notas:** REGIMEN SIMPLE

**SON:** (diez millones novecientos setenta y nueve mil trescientos ochenta y ocho pesos cero centavos)

**CUFE:** 23349a0de0d431d375b113f6a6db50f350012584836379f7bdf9b665f928617fb1a331aa2cd91780e1e92bfe3e3abd4

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| <b>Subtotal:</b>   | \$10.979.388,00 |
| <b>Cargos:</b>     | \$0,00          |
| <b>Descuentos:</b> | \$0,00          |
| <b>Total:</b>      | \$10.979.388,00 |

**Firma Digital:** B1izzNTpUttfHnCoRB//t2d5YVsQrh6gy3+J7CFFsQdL9Qu21o1ExeVR9Jy4irUD  
W6ntMPnjaUF6DGrSPI+u/swQGUOVBFxJwKbjLHqjrxo1Gg6nSzAKIsodFSNScf  
fJ0p/i2MVpN3108YTEAUtHlckzfYg48WejQl+1rvwlfpG6xPxN8hexPT0IYobQsf  
QjrZ6YZw/E7zhAMBuco1/RIXSf5jirfIdQpv+CXePJ7BApBdHZNvVr7K0GGvBbAU  
BiTTep9fmOalpAGA4fSJUI8Nm7b+1BfrWDDTroKny+dpgMPfba7vjToDpLrCEoP3  
wzNowjAQ/+akPaPXqpNJxQ==

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 Electrónica de Venta..**

