

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|------------------|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JULIO CESAR CAMELO SIERRA | | CC: | 79631817 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jccamel@gmail.com | | TELÉFONO: | 3002314400 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 10 80F 40 | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 4870150432 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1406 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 10.413.900 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/02 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/06/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |



JULIO CESAR CAMELO SIERRA
PS_1406_2026_2EB13B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIO CESAR CAMELO SIERRA

CC: 79631817

CEL: 3002314400

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

JULIO CESAR CAMELO SIERRA

CON C.C N° 79.631.817

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 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 1406 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 67.964.400 **No. HORAS EJECUTADAS** 114

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 67.964.400 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 10.413.900

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO

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 | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes. 2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros. 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 13. reportar los eventos de notificación obligatoria. 14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones 18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf. 19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato. 21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales 22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred 23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia . 24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio |

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° 1081774854 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/05/05 | \$ 500.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/05/05 | \$ 640.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/05/05 | \$ 97.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 1.237.500 |


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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 |  <p><i>JULIO CESAR CAMELO SIERRA</i> PS_1406_2026_2EB13B</p> <hr/> <p>JULIO CESAR CAMELO SIERRA CC: 79631817</p> |
|---------------------------------------|---|

| | |
|------------------------------|---|
| FIRMA DE QUIEN VALIDA |  <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_1406_2026_2EB13B</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p> |
|------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <p><i>JORGE EDUARDO CARO CARO</i> PS_1406_2026_2EB13B</p> <hr/> <p>JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |
|--|--|

JULIO CESAR CAMELO SIERRA

NIT: 79631817 - 5

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 10 80 F 40 TO 2 AP 101, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3002314400

Email. juliocamel@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764109927774 válida desde 2026-05-19 hasta 2026-11-19 rango desde FE141 hasta FE1000

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**NIT:** 900959051**Dirección:** DG 34 3 14, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia**Teléfono:** 3444484**Email:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co**Forma de pago:** Crédito**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria**Fecha de Pago:** 30/06/2026**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** FE142**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 16:41:40**FECHA FIRMADO:** 19/05/2026 16:41:41**FECHA DE EMISIÓN**

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 19 | 05 | 2026 |

FECHA DE VENCIMIENTO

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 30 | 06 | 2026 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|------------|--|-----|----------|-------------|-----------|---------|-------|--------|-----------------|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 85100000-0 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Honorarios por prestación de servicios en el Hospital La Victoria. Mes: Mayo 2026 Horas: 114. Contrato: PS 1406 2026 | WSD | 114,00 | \$91.350,00 | | | | \$0,00 | \$10.413.900,00 |

Notas:

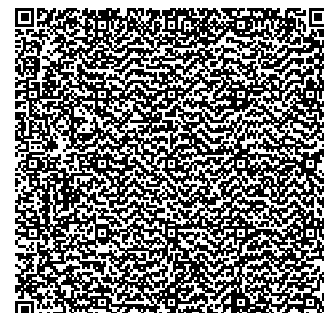
SON: (diez millones cuatrocientos trece mil novecientos pesos cero centavos)

CUFE: 3ba436506b06910fb65c54c98ad738f811a58cda730be710b168b09b584b2342e1cfe6ee86aa245f29f9846c30e6057

| | |
|--------------------|-----------------|
| Subtotal: | \$10.413.900,00 |
| Cargos: | \$0,00 |
| Descuentos: | \$0,00 |
| Total: | \$10.413.900,00 |

Firma Digital: EhHQyV8d69Q7P3SgOmDkn31AfUuqCXH8GQKxnD4URi/kKs6T3fz7d9qg9Szb7I
A4xVJcld7R3GmGFdfGscXs4WHaSS5kPc+QH/2S3V7Aa7Ymjms6RMpjW3GM4V1O2+
VCkk84Rf0Ud1jCuESK2z3ZtruR7nmPh7PNfjGxb3FalzM0rMh/dDCI3zFeF8GNY9
loHCsYGGICL5iRO+9hXlgs/XWMKukj9iL0ZM33tpI5ncJo16ITzzXUX0tjDLI8CP
ICdC5tKB0vY7u1J0aar/iTo0WOCqQP8J+8Q8cb2b1C8h3sotAKCCrr3wEAARUSy
/DH1o0/HXzQ5DBIRaCAJrg==

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..

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|---------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2026-05-05, 10:50:13 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Para Salud | abril de 2026 |
| Empresa | JULIO CESAR CAMELO SIERRA |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 79631817 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1081774854 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 281738968 |
| Banco | (1507) - NEQUI |
| Valor | \$ 1.237.500 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|--------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | \$ 640.000 | \$ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | \$ 500.000 | \$ 0 |
| N860002503 | 14-7 | SEGUROS BOLIVAR SA | 1 | \$ 97.500 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 1.237.500 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 1.237.500 |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!