

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
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 3132 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 9.111.660	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 NIXON CALAMBAS PS_3132_2026_537091 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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA FISIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3132 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/05
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 118.000.000	No. HORAS EJECUTADAS	102
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 295.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.111.660
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	En el mes de mayo de 2026 realice 88 cupos para consulta medica especializada, 120 cupos para pacientes de rehabilitación cardiaca.
2	Soporte en la Historia Clínica de cada paciente atendido, registros en el sistema DHG. Las atenciones realizadas a cada paciente estan previamente facturadas por la instituciòn, lo cual se puede verificar en el sistema DHG mòdulo de facturaciòn.
3	Realice los registros en cada historia clínica, en el formato correspondiente que ha sido diseñado para cada consulta, respuesta a interconsulta, ordenes de procedimientos y fòrmulas de medicamentos.
4	Ejecute de forma oportuna de actividades asistenciales y administrativas, garantizando cumplimiento de metas de productividad y tiempos establecidos para la prestación segura y eficiente del servicio.
5	No reporte eventos de notifiaciòn obligatoria al no tener ningun caso en mis atenciones.
6	Participe en tres juntas medicas de medicina fisica y rehabilitaciòn realizadas el 28 de mayo 2026.
7	No realice notifiaciòn de eventos de seguridad del paciente, al no tener ninguno identificado
8	Genere las órdenes médicas y las indicaciones medicas , asegurando una comunicaciòn clara, completa y segura para el pciente y su familia.
9	Realice el diligenciamiento del HC y todos su formatos anexos en el sistema de informaciòn institucional DHG de forma oportuna e integral.
10	Diligencie el formato de consentimiento informado ET-CA-FT-132 para procedimientos de infiltraciones (5) y aplicaciòn de toxina botulinica (1), procedimientos invasivos realizados el 28 de mayo 2026.
11	Ejecute seguimiento y control sistemático a los pacientes a su cargo, garantizando la continuidad del cuidado, la adherencia a guías y protocolos institucionales y la oportunidad en la atención, sin evidenciarse omisiones que comprometan la calidad del servicio.
12	Dejo soportadas en la historia clinica, el soporte de cada atenciòn en el ítem de Plan de Manejo .
13	Para este mes de mayo no me fueron solicitados conceptos medicos de casos adicionales a los programados en mis actividades.
14	Participe activamente en la ejecuciòn y fortalecimiento de los procesos asociados al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional, asegurando adherencia a los lineamientos de habilitaciòn, acreditaciòn, auditoría clínica y gestiòn de la informaciòn institucional, conforme a los estándares de calidad en salud.
15	Realice aplicaciòn de de políticas institucionales, protocolos clínicos, manuales operativos y lineamientos de seguridad asistencial durante la práctica médica y clínica.
16	Muestro disposiciòn cuando me solicitan apoyo para revisiòn de casos en los que se requiera mi participaciòn como en juntas multidisciplinarias, me desplazo a otras unidades, es este caso Hospital San Blas para cubrir agendas tanto para la realizaciòn de consulta como de procedimientos.
17	Muestro disposiciòn para contribuir al fortalecimiento de los procesos institucionales y a la estandarizaciòn de la práctica asistencial conforme a criterios técnicos y normativos.
18	En el mes de mayo no reporte novedades al supervisor de mi contrato ya que no se presentaron.
19	Apoye de manera efectiva el proceso de acreditaciòn, contribuyendo al cumplimiento de estándares de calidad, mejoramiento continuo y fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la excelencia en la prestación del servicio.
20	REALIZO 102 HORAS EN EL MES DE MAYO 2026, FISIATRIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA, SE PROGRAMAN 82 CUPOS PARA CONSULTAS Y120 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, <u>CERTIFICO</u> 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° 83102261	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/14	\$ 2.961.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/14	\$ 4.013.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/14	\$ 577.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 7.552.000
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, 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	 NIXON CALAMBAS PS_3132_2026_537091 NIXON CALAMBAS CC: 76320517		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_3132_2026_537091 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

NIXON CALAMBAS -

NIT: 76320517 - 5

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 24 C 84 86 IN 1 AP 502 CON BOSQUES DE MODELIA, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3007863927

Email. nixoncalambas@gmail.com

Actividades Económicas 8621 - 0090

Autorización factura electrónica de venta No: 18764108835534 válida desde 2026-04-23 hasta 2026-10-23 rango desde ELEC871 hasta ELEC900

Nombre/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 Débito Interbancario

Fecha de Pago: 10/06/2026

Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: ELEC877**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 15:00:04**FECHA FIRMADO:** 02/06/2026 15:00:06

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
02	06	2026	10	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO FISIATRA MES DE MAYO 2026 HORAS	C62	1,00	\$9.111.660,00				\$0,00	\$9.111.660,00

Notas: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO FISIATRA MES DE MAYO 2026 HORAS**SON:** (nueve millones ciento once mil seiscientos sesenta pesos cero centavos)**CUFE:** fbb9b280b979582cf12ce0fb880a30efbbf563b8e8aed0e1bf034bad05207705e176397cdc607b9bf810342ae85604bc

Subtotal:	\$9.111.660,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$9.111.660,00

Firma Digital: Xvp4W51Zn1XZaH03TP15r/FZYfsu33e9zO0QVCWTxuz8szdxxoC1vTIsAIVb119
rIQP9Yuno2kKjvR3cBamTnc7IJBHKfOGSvcCkjogufrMdiC77gYFTowBYhp8boJe
Rj8sE9ISDeqYyFxRI1mw/aaGT/zUiAJ6I7tQv1sdJ/5wWUVvPOeorpLHOW3UdXIX
H0GVTN9oN59pBqNtFIWlrGFI/RE/TvZ0SWa+SJ7zGp54o7RYql7aww7I7F6qDMrc
PiwlOU6S4M9iutOgRe+jvmB+rKvrUW1hn3v3me7iw4vJueIELq4Y0n+S3ciwYLV
DDLakYFOgnpfai8FUIPx2A==

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..

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83102261	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$7.540.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.936.500	0		0		0	7	14.700	0	2.951.200	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.758.700		0	0	117.500	117.500	7	18.900	1.200	4.013.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	572.300					572.300	7	2.900	575.200			5.723	575.200	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	2.936.500	2.951.200
Pensión	1	3.993.700	4.013.800
Riesgos Laborales	1	572.300	575.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	7.502.500	7.540.200

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83102261	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$7.540.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICB	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 76320517	CALAMBAS NIXON	59	0			N																	25-14	23.491.554	30	3.758.700	0	0	117.500	117.500	EPS005	23.491.554	30	2.936.500	14-7	23.491.554	30	3	572.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

