| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | karen lucia camacho ridriguez | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52691626 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | kcamacho79@gmail.com | | | | CELULAR: | 3174279711 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MEDICINA INTERNA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | |
| | KE10I06 | 70 | KE10B04 | 30 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8770122581 | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1069 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1334 | FECHA | 2023-06-07 09:35:35.000 | NÚMERO DE CRP | 27658 | FECHA | 2023-06-10 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-06-01 | | 2023-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $15,079,884 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $80,599,380 |
| VALOR EJECUTADO | $79,559,388 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $15,079,884 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,039,992 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7880999283 y 7884333867 | $6,655,949 | $831,994 | $1,064,952 | 3 | $162,139 | $2,059,084 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto goenaga
72161935
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar entrega de turno correspondiente | 1. Realicé entrega de turno correspondiente | Entrega de turno |
| 2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred. | 2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Entrega de turno |
| 3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas. | 3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. | 4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias | 5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Entrega de turno |
| 6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada. | 6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. | 7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. | 8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. | 9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Entrega de turno |
| 10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio | 10,Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés | Lista de asistencia |
| 11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes | 11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado | Copia de planilla pagada |

Copia Controlada Subred Suroccidente

Jaime Alberto goenaga
72161935
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

# KAREN LUCIA CAMACHO

KAREN LUCIA CAMACHO RODRIGUEZ NIT 52691626
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios
Contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación

## Factura Electrónica de Venta E - 47

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764050341501 de 13/06/2023 - 13/12/2023 autoriza E-46 a E-100

| | |
|---|---|
| Tipo de Operación | Estandar |
| Fecha de Generación | 13/06/2023 12:02 |
| Fecha de Vencimiento | 13/06/2023 12:02 |
| Fecha de Validación | 13/06/2023 12:03 |
| Forma de Pago | Crédito |
| Medio de Pago | Consignación bancaria |
| Moneda | COP |

## DATOS DEL EMISOR

| | |
|---|---|
| Razón Social | KAREN LUCIA CAMACHO RODRIGUEZ |
| CC | 52691626 |
| Obligación | NO APLICA |
| Email | kcamacho79@hotmail.com |
| Teléfono | 6 1 4 7 1 8 6 |
| Dirección | CR 12 C 152 88 AP 301 |
| Ciudad, Depart. | BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO) |

## DATOS DEL CLIENTE

| | |
|---|---|
| Razón Social | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |
| NIT | 900959048 |
| Obligación | IVA |
| Email | gerencia@subredsuroccidente.gov.co |
| Teléfono | 4546800 |
| Dirección | CL 9 No. 39 46 |
| Ciudad, Depart. | BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO) |

| No | REF | DESCRIPCIÓN | CANT | U/M | PRECIO | IMP | SUBTOTAL | TOTAL ITEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 001 | SERVICIOS PROFESIONALES | 1 | EA | $15,079,884.00 | | $15,079,884.00 | $15,079,884.00 |

1

| | |
|---|---|
| Subtotal | $15,079,884.00 |
| Total a Pagar | $15,079,884.00 |

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 7febd7a91405575f1d38787debd955729409fca4f48c2b06b8e7134bdc85fcef921061f3116811153e597a92411c0cc4
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52691626 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | KAREN LUCIA CAMACHO RODRIGUEZ CAMACHO RODRIGUEZ | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 151 18A 06 APTO 202 | TELÉFONO: | 5490813 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7880999283** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/06/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2123486788 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.067.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 1.067.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 785.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 785.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 153.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 153.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.005.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.005.600** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52691626 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | KAREN LUCIA CAMACHO RODRIGUEZ CAMACHO RODRIGUEZ | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 151 18A 06 APTO 202 | TELÉFONO: | 5490813 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7884333867** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | mayo |
| | AÑO: | 2023 | | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/06/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2123500539 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7880999283 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2023/06/06 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 34.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 34.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 25.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 25.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 4.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 4.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 63.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 63.900** |