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:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS 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	3599			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	26957	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-05-01		2024-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,119,876				
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:	$64,479,504
VALOR EJECUTADO	$63,959,508
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,119,876
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$519,996
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
7921650013 Y 7925196074	$6,447,950	$805,994	$1,031,672	3	$157,072	$1,994,738

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. 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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1) Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	3) Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	no aplica
5) Participar en la programación de actividades del área.	5) Participé en la programación de actividades del área.	registro de asistencia a las actividades programadas (si las hay)
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	formatos diligenciados según los casos, registrados en historia clinica de cada paciente
7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	7) Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio.	no aplica
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emití los conceptos médicos que fueron requeridos.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	no aplica
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregué al supervisor del contrato para que certificara el cumplimiento.	cuenta de cobro mensual
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas	no aplica
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Listas de asistencia
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conocí y dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	no aplica
20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyé a la Subred en las actividades demandadas según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	no aplica

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	21) Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos	planilla de pago de seguridad social del mes correspondiente al cobro de mis actividades

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 - 76

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764062384274 de 21/12/2023 - 21/06/2024 autoriza E-62 a E-100

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	15/05/2024 11:48
Fecha de Vencimiento	15/05/2024 11:48
Fecha de Validación	15/05/2024 11:48
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	$16,119,876.00		$16,119,876.00	$16,119,876.00

1

Subtotal	$16,119,876.00
Total a Pagar	$16,119,876.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE:
0e9948591e08f83b7ed76f50016136be656b6e27d97178fec4aefd25cc702
66d7453a309fcdcf89bef5d97f9dd1dff58

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

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:	**7921650013**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		617234352

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	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 Pagada

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:	**7925196074**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		617255729

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7921650013	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/05/06

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 255.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 255.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 187.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 187.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 36.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 36.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 479.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 479.100**