| 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: | JOSE GUILLERMO CARBONO CAMARGO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1129572084 | |
| CORREO ELECTRONICO: | josecarbonocamargo86@gmail.com | | | | CELULAR: | 3065411 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UCI ADULTOS USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03J02-CV19 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488402219494 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3567 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 72997 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $17,767,728 | | | | |
| 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: | $190,180,496 |
| VALOR EJECUTADO | $179,157,924 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $17,767,728 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,022,572 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 94% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9476828778 | $5,922,576 | $740,322 | $947,612 | 3 | $144,274 | $1,832,208 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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 su especialidad. | 1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 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) Llevo 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 | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 4) Participar en la programación de actividades del área. | 4) Participo en la programación de actividades del área. | CUANDO SE REQUIERA |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | 5) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 6) 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. | 6) Notifico 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. | CUANDO SE REQUIERA |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | 7) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | ORDENES MEDICAS |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 8) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | 9) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 10) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | CUANDO SE REQUIERA |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 11) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. | 12) Emito conceptos médicos que se le requieran. | CUANDO SE REQUIERA |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 13) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | 14) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 15) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 16) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 17) Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | CUANDO SE REQUIERA |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | 18) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | CUANDO SE REQUIERA |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 19) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | SISTEMA DE INFORMACION |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | 20) Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | CUANDO SE REQUIERA |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | 21) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado | CUANDO SE REQUIERA |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 22) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA) |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 23) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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 Certificadd
Subred Surocciddente

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1129572084 | | CARBONO CAMARGO JOSE GUILLERMO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 69 N 47-50 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3065411 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1027986237 | 9476828778 | I | 2024/11/22 | 2024/11/05 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,377,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $7,443,072 | $1,265,500 | | | $7,443,072 | $930,400 | | | $0 | $0 | | | $7,443,072 | $181,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $7,443,072 | $1,265,500 | | | $7,443,072 | $930,400 | | | $0 | $0 | | | $7,443,072 | $181,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $7,443,072 | $1,265,500 | | | $7,443,072 | $930,400 | | | $0 | $0 | | | $7,443,072 | $181,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1129572084 | CARBONO JOSE | 231001 | 30 | $7,443,072 | $1,265,500 | EPS005 | 30 | $7,443,072 | $930,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $7,443,072 | $181,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $7,443,072 | $1,265,500 | | | $7,443,072 | $930,400 | | | $0 | $0 | | | $7,443,072 | $181,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1129572084 | | CARBONO CAMARGO JOSE GUILLERMO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 69 N 47-50 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3065411 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1027986237 | 9476828778 | I | 2024/11/22 | 2024/11/05 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,377,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,265,500 | $0 | $0 | $1,265,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $1,265,500 | $0 | $0 | $1,265,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $181,400 | $0 | $0 | $181,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $181,400 | $0 | $0 | $181,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $930,400 | $0 | $0 | $930,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $930,400 | $0 | $0 | $930,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,377,300 | $0 | $0 | $2,377,300 |

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 02. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | 02. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 03. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | 03. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 04. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf | 04. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 05. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024..pdf | 05. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 06. 3677 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024..pdf | 06. 3677 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 07. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024..pdf | 07. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | DOCUMENTOS CONTRATACION DE 2024 .zip (Archivado) | DOCUMENTOS CONTRATACION DE 2024 .zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 08. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024..pdf | 08. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 09. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024..pdf | 09. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 10. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024..pdf | 10. 3567 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**JOSE GUILLERMO CARBONO CAMARGO**

NIT: 1129572084-1

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Natural

CALLE 40 N0 20.126, Barranquilla, Atlántico, Colombia

Tel. 3023892746

Autorización factura electrónica de venta No. 18764074495493 válida desde 2024-07-05 hasta 2025-01-05 rango desde FELJ48 hasta FELJ10000.

---

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
**NIT:** 900959048-4
**Dirección:** Calle 9 No 39-46, Bogota, D.C., Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 571375569
**Email:** liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co

**Forma de Pago:** Contado
**Medio de Pago:** Consignación bancaria
**Total de Lineas:** 1

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | **FELJ56** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **08:47:06-05:00** |
| **FECHA FIRMADO:** | **05/11/2024 08:47:08** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 05 | 11 | 2024 | -- | -- | -- |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 2 | servicio medicos especialistas en medicina critica area de cuidados intensivos en la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E durant | unidad | 216,00 | $82.258,00 | | | | 0,00 | $17.767.728,00 |

**Notas**:

**SON**: (diecisiete millones setecientos sesenta y siete mil setecientos veintiocho pesos )
**CUFE**: ba8c99c47be5cca31fed479900097502f51dc3d33b19a07731894cd74ec197f34fb24be2de276d32d44a9f660f100632

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $17.767.728,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $17.767.728,00 |

**Firma Digital:** hsLLC3QV5odU9lTaFBklan0468nnpK7e0Vv2qXZfZbbRSK6hn2A5t9SCugC6Yf9s
530iT4XelQFTmumPGkM7jRKeu+ANKb/nR4IoRqiwvTU/7eBJJt
ofNjvHqfV3qpn/ ODjXfHiwvz3CdrXRYTcdCNWva+Q0q/4keDxye0blMgZFiQM42WpbkjYr8ZiOjvk3 QS+J5n0cJG4wve/ISWP6rMvPci8QuSvSVoX
4HSx9vwkCq31NX38PZj5XmAlhePH5 bZt1ok+Gw4lVsEN6A5b9yEHofEn/VvkV14iCKo8eFtLTSpz5uxwc45poHvRISWwL 7GhIEkkbnquSHezVY2dM
oQ==

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 de Venta Electrónica.**