

| | | | |
|--|---------------------|---------------|---|
|  <p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</p> | Versión | 3 |  |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---------------------------|--|-----------------|--|--|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | CAMILO ERNESTO GARCIA MAYORCA REYES | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 79776499 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | camiloaiale2020@gmail.com | | | CELULAR: | 3157552951 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | C. EXT DERMATOLOGÍA USS 51 ZONA FRANCA | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | FO08A03 | 80 | FO03C06 | 20 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 24052253755 | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5022 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 164 | FECHA | 2025-01-20 17:27:32.000 | NÚMERO DE CRP | 7879 | FECHA | 2025-01-20 18:10:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO: MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO

| | | | | |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$6,000,000

| | | | |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|
| 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: | \$100,805,128 |
| VALOR EJECUTADO | \$99,712,865 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$6,000,000 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$1,092,263 |
| 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 31598590 | \$2,400,000 | \$300,000 | \$384,000 | 3 | \$58,464 | \$742,464 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatología. | Realice consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de Dermatología | Se evidencia en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| Brindo servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias. | Brinde servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias | Se realiza historia clínica con las indicaciones para los tratamientos pertinentes según el diagnostico. |
| Portar con los elementos basicos paa el desarrollo de sus actividades | Porte con los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades | Se utiliza los elementos de protección personal |
| Realizar procedimientos programados en el area asignada. | Realize procedimientos programados en el area asignada | Se deja informe quirurgico en la historia clinica del paciente y se valida en el sistema DINAMICA |
| Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia,los soportes aenxos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución | Diligencie con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de mi competencia,los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución | En en aplicativo DINAMICA están el formato de historias clinicas debidamente diligenciadas de las consultas realizadas |
| contesto interconsultasque le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tinal. | Conteste interconsultasque le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede Zona franca | En en aplicativo DINAMICA están el formato de interconsultas debidamente diligenciadas de las interconsultas realizadas |
| Aplica normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia. | Aplique normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia. | Listado de adherencias y cumplimiento al reglamento |
| Respeto los derechos del paciente y cumplir con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias | Respete los derechos del paciente y cumplí con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias | Se le explica al paciente que cuenta con derechos y deberes al momento de acceder a los servicios de salud |
| Explicar los procedimientos a realizar al paciente o acompañante. | Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante. | Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento ha realizar |
| Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros. | Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros | Se lleva un adecuado ambiente de trabajo |
| Dio aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio. | Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio | Se le informa al líder del servicio cualquier eventualidad. |

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

Datos guardados

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 | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ABRIL.pdf | ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MAYO.pdf | MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO.pdf | JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JULIO.pdf | JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | AGOSTO.pdf | AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | SEPTIEMBRE.pdf | SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | OCTUBRE.pdf | OCTUBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | NOVIEMBRE S (2).pdf | NOVIEMBRE S (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
34a1b50dddfb52bb21efde2637f018ae7d49387d93e9b0268f6e957ea5f72c765df988b4a4d926a04e5ce7a46482d0a8

Número de Factura: CEGM-28
Fecha de Emisión: 10/12/2024
Fecha de Vencimiento: 09/01/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GARCIA MAYORCA REYES CAMILO ERNESTO
Nombre Comercial: GARCIA MAYORCA REYES CAMILO ERNESTO
Nit del Emisor: 79776499
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 22 H BIS 98 A 68
Teléfono / Móvil: 3157552951
Correo: camiloaiale2020@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 5551347
Correo: mipaezr@subredsueroccidente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|------|--------|---|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 01 | HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA | LUN | 1,00 | \$ 6.000.000,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 6.000.000,00 |

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA
Linea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento generado el:
10/12/2024 17:28:53
Documento validado por la
DIAN:
10/12/2024 17:28:53
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |
| Subtotal | 6000000 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 6000000 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| Total impuesto (=) | 0 |
| Total neto factura (=) | 6000000 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 6000000 |

Valores informativos

| | |
|------------------|---|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|--------------------|------|
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |
| Subtotal | 6.000.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 6.000.000,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| Total impuesto (=) | 0,00 |
| Total neto factura (=) | 6.000.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 6.000.000,00 |

Valores informativos

| | |
|------------------|------|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|--------------------|------|
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764074834972 Rango desde: 21 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-01-11

| | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | CAMILO ERNESTO GARCIA MAYORCA REYES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-79776499 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-12-02 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-23 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31598590 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31598590 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | \$ 3.450.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 431.300 | \$ 431.300 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | \$ 3.450.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 552.000 | \$ 552.000 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | \$ 3.450.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 84.100 | \$ 84.100 |
| CCF21 | 860013570 | CAFAM | 1 | \$ 3.450.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 20.700 | \$ 20.700 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 1.088.100 | \$ 1.088.100 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/01/2025 |
|----------------------------------|------------|