

 <p align="center"><b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b></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	70	FO03C06	30			
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
		2025-01-01		2025-01-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$9,092,263

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:	\$108,805,128
VALOR EJECUTADO	\$108,805,128
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$9,092,263
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
31771925	\$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 Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA  
49742857  
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 institucion	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 institucion	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 cumpli 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.

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA  
49742857  
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

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
b6bb5972951fde1cdaad9574ef27a7c2353dbab7235f9f303d1b9262e9c2d066ea3426ece0f3817866c2b5b994b25f7a  
Número de Factura: CEGM-29  
Fecha de Emisión: 16/01/2025  
Fecha de Vencimiento: 15/02/2025  
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@subredsuroccidente.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 E ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	LUN	1,00	\$ 9.092.263,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 9.092.263,00

## Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA  
Linea de negocio: HONORARIOS

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 16/01/2025 06:45:58  
**Documento validado por la DIAN:**  
 16/01/2025 06:46:00  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
<b>Subtotal</b>	9092263
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	9092263
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	9092263
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 9092263</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
<b>Subtotal</b>	9.092.263,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	9.092.263,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	9.092.263,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 9.092.263,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764087191841 Rango desde: 29 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-07-15

RAZÓN SOCIAL :	CAMILO ERNESTO GARCIA MAYORCA REYES
IDENTIFICACIÓN:	CC-79776499
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-01-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-24
FECHA DE PAGO:	2024-12-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	31771925
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31771925
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:	24/02/2025
----------------------------------	------------