Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	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:	6013065411					
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	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	FO03J02-CV19	40	KE10J02	30	BO37J02	30					
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	2304			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1390	FECHA	2025-06-19 15:28:53.000	NÚMERO DE CRP	30955	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- EN CUIDADO INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,404,192				
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:	$125,374,896
VALOR EJECUTADO	$89,051,328
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,404,192
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$36,323,568
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
9487371073	$7,499,059	$937,382	$1,199,849	3	$182,677	$2,319,909

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	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) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	4) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	CUANDO SE REQUIERA
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	5) Participo en la programación de actividades del área.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
6) Llevar registro de la atención de las 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	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	CUANDO SE REQUIERA
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	7) Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, Participo en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	ORDENES MEDICAS
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	8) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
9) 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.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	10) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	CUANDO SE REQUIERA
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	13) Emito conceptos médicos que se le requieran.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	FORMATO INSTITUCIONAL
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	15) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	16) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	CUANDO SE REQUIERA
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	17) 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
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	18) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	19) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de Apoyo la implementación de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	20) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	21) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	22) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado.	CUANDO SE REQUIERA
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	23) 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) CON SU DEBIDO REGISTRO EN LA PLATAFORMA SOLICITADA (SECOP - SURESOC)
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	23) 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) CON SU DEBIDO REGISTRO EN LA PLATAFORMA SOLICITADA (SECOP - SURESOC)
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	24) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato)	CUANDO LO REQUIERA

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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 Surocciente

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
2025-05	2025-05	1546095167	9487371073	I	2025/06/20	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,744,100

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)					$11,722,867	$1,993,100			$11,722,867	$1,465,400			$0	$0			$11,722,867	$285,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$11,722,867	$1,993,100			$11,722,867	$1,465,400			$0	$0			$11,722,867	$285,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$11,722,867	$1,993,100			$11,722,867	$1,465,400			$0	$0			$11,722,867	$285,600		$0	$0
1	CC	1129572084	CARBONO JOSE	231001	30	$11,722,867	$1,993,100	EPS005	30	$11,722,867	$1,465,400		0	$0	$0	14-23	30	$11,722,867	$285,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$11,722,867	$1,993,100			$11,722,867	$1,465,400			$0	$0			$11,722,867	$285,600		$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
2025-05	2025-05	1546095167	9487371073	I	2025/06/20	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,744,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,993,100	$0	$0	$1,993,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,993,100	$0	$0	$1,993,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,600	$0	$0	$285,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$285,600	$0	$0	$285,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,465,400	$0	$0	$1,465,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,465,400	$0	$0	$1,465,400
TOTAL				1	$3,744,100	$0	$0	$3,744,100

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	02. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	03. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	04. CTO 2304-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 2304-2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO 2025.pdf	05. CTO 2304-2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Designación Supervisión Dr. Jony Mauricio Fuentes Diaz.pdf	Designación Supervisión Dr. Jony Mauricio Fuentes Diaz.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

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. 18764086945117 válida desde 2025-01-09 hasta 2025-07-09 rango desde FELJ61 hasta FELJ10000.

Razón Social: 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: 3

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**FELJ73**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**10:02:38-05:00**
FECHA FIRMADO:	**16/06/2025 10:02:42**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
16	06	2025	--	--	--

#	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	24,00	$97.644,00				0,00	$2.343.456,00
2	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	48,00	$97.644,00				0,00	$4.686.912,00
3	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	96,00	$97.644,00				0,00	$9.373.824,00

Notas:

SON: (dieciseis millones cuatrocientos cuatro mil ciento noventa y dos pesos)
CUFE: 63de25ca2dbcb7c9b1a8a8e16d4c1bc663b63229d54911273af5219d4bee653a65f84f0be9b3c6cfa592b96759a0253a

Subtotal:	$16.404.192,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$16.404.192,00

Firma Digital: cTO49vOtRwq+NWwuNh8esjn8axtvnekkEBW5plx0d+B6yN/f9vcv3spgfqW0peYY
f8U5hlvnXCDz55DPA9jZMhAJ4aeRXOkWLK3uGgakHQgJ+ov8Ln
NmWv46gSm3aYrG UUDHoSn72Otpp5a4Ixd3APMYGfzqfFe7dE3X+XGabtQEEaeG+SOE2WgMHI9ffjiW NC2RIdqLS3RrGSq1RP82ZxDK3+il937EuNj
/Xe6ni1iHL2ZBxJcOgmUZndfQ+W/K w0d931GsBVWTkzkp/lQcG9ov8J4SyGer89ZpNsoul0ZdX8p2hKeZz36jUQWLsdrz H2lBQtNrCKXiqyZff6c6
ZA==

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.