

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS			CC:	80722551
CORREO ELECTRÓNICO:	KAMNEM82@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3118281508
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 130 N° 58B - 30 APTO 519			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	668822211
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1617 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 12.428.650	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS PS_1617_2025_087C70 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS CC: 80722551 CEL: 3118281508					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS

CON C.C N° 80.722.551

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TOXICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1617 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 49.714.600	No. HORAS EJECUTADAS	130
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 124.286.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.428.650
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
	1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios 3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. 5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades. 6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. 7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. 8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria. 9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad. 11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. 13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. 14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes. 15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. 16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. 17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. 18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones. 19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9493223363	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	ALIANSA LUD	2025/10/15	\$ 621.500	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/15	\$ 795.500	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	\$ 121.200	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.538.200	

- V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
 - 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
 - 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
 - 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS PS_1617_2025_087C70 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS CC: 80722551
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1617_2025_087C70 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS PS_1617_2025_087C70 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
cb3e43a1c626f3c0be64b4edecb0a8c0cc128f6b6ae6b0e2530a73f8bb1e319a80422bf6f446064988f286ab45107e49

Número de Factura: FECN-99

Fecha de Emisión: 14/10/2025

Fecha de Vencimiento: 14/10/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: NEMEGUEN ARIAS CAMILO ERNESTO

Nombre Comercial: NEMEGUEN ARIAS CAMILO ERNESTO

Nit del Emisor: 80722551

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 130 58 B 30 AP 515

Teléfono / Móvil: 6019251102

Correo: kamnem82@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-13

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DG 34 5 43

Teléfono / Móvil: 3023290575

Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.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	851212005	Servicios de médicos espe cialistas en Toxicología Clí nica	HUR	130,00	\$ 95.605,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.428.650,00

Notas Finales

factura electronica Octubre 2025
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
14/10/2025 16:07:01
Documento validado por la
DIAN:
14/10/2025 16:07:01
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12428650
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12428650
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12428650
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12428650

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

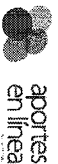
Subtotal	12.428.650,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.428.650,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.428.650,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12.428.650,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764096666356 Rango desde: 93 Rango hasta: 5000 Vigencia: 2026-02-05



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	de	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e
CC 8072351		RENEGIER ANIAS CAMILO ERNESTO	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Calle 130 388 30 APTO 515	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.C.	6798352	ICBF
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	I	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2025-09	2025-09	1831590717	9493223363			2025/10/14	2025/10/15	BANCO AV VILLAS	1
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800.229.739	0	1	\$795.500	\$500	\$0	\$796.000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890.903.790	5	1	\$121.200	\$100	\$0	\$121.300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
ALIANSAUD EPS (ANTES COUMEDICA)	EPS001	830.113.831	0	1	\$621.500	\$400	\$0	\$621.900	
TOTAL				1	\$1.538.200	\$1.000	\$0	\$1.539.200	

76412

mentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
1. PS 1617 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1617 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
2. PS 1617 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1617 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
3.PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
4. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
5. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
6. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
1 PS 1617 2025 CRP-6262.pdf	1 PS 1617 2025 CRP-6262.pdf	Comprador	Descargar Detalle
2 PS 1617 2025 CRP-16204.pdf	2 PS 1617 2025 CRP-16204.pdf	Comprador	Descargar Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR PS 1617 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1617 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
3 PS 1617 2025 CRP-18860.pdf	3 PS 1617 2025 CRP-18860.pdf	Comprador	Descargar Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1617 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1617 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
9. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
8. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
7. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle