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:	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				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT DERMATOLOGÍA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED			
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	680			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	2087	FECHA	2025-10-24 15:40:10.000	NÚMERO DE CRP	42962	FECHA	2025-10-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2025-10-01		2025-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,764,738					
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:	$150,882,642
VALOR EJECUTADO	$150,882,642
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,764,738
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
35068804	$6,705,895	$838,237	$1,072,943	3	$163,356	$2,074,536

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. 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

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
Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Se realiza historia clínica en el sistema 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 lo tratamientos pertinentes según 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 persona realizando el registro en las planillas adoptadas por la Subred
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 fueren 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 tintal.		Se verifica en la historia clinica y en el aplicativo DINAMICA
Aplica normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	Aplique normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia. pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	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	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
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	Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros
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

Copia Certificada Subred Sur Occidente

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
61ca2c4c240575a0ce76ce7c94712fc28e731a934f20fd3d91ec7fc87fc7b8d0994c19d6b83ad0deaf820204fb3bb2bd

Número de Factura: CEGM-38
Fecha de Emisión: 16/10/2025
Fecha de Vencimiento: 15/11/2025
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

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	01	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	LUN	1,00	$ 16.764.738,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.764.738,00

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA
Linea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento generado el:
16/10/2025 16:09:52
Documento validado por la DIAN:
16/10/2025 16:09:52
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16764738
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16764738
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16764738
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16764738

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.764.738,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.764.738,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.764.738,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16.764.738,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764095596476 Rango desde: 36 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-01-14

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAMILO ERNESTO GARCIA MAYORCA REYES
IDENTIFICACIÓN:	CC-79776499
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-23
FECHA DE PAGO:	2025-10-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	35068804
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35068804
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	$ 6.706.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 838.300	$ 838.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 6.706.000	$ 33.600	$ 33.600	$ 0	$ 1.140.200	$ 1.140.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 6.706.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 163.400	$ 163.400
CCF21	860013570	CAFAM	1	$ 6.706.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.300	$ 40.300
				Total a pagar	$ 33.600	$ 33.600	$ 0	$ 2.182.200	$ 2.182.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/11/2025