

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS PS_1617_2025_98EEB4 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:	\$ 162.050.475	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.428.650
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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 a 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.

1	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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9496417217	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	ALIANSALUD	2025/12/15	\$ 621.500	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/15	\$ 795.500	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS PS_1617_2025_98EEB4 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS CC: 80722551
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1617_2025_98EEB4 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_98EEB4

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80722551		NEMEGUEN ARIAS CAMILO ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 130 588 30 APTO 515	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6798352	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	2007290444		9496417217	I	2025/12/12	2025/12/15	BANCO AV VILLAS	\$1,541,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,971,460	\$795,500			\$4,971,460	\$621,500			\$0	\$0			\$4,971,460	\$121,200		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,971,460	\$795,500			\$4,971,460	\$621,500			\$0	\$0			\$4,971,460	\$121,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$4,971,460	\$795,500			\$4,971,460	\$621,500			\$0	\$0			\$4,971,460	\$121,200		\$0	\$0	
1	CC 80722551	NEMEGUEN CAMILO	230201	30	\$4,971,460	\$795,500	EPS001	30	\$4,971,460	\$621,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$4,971,460	\$121,200	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$4,971,460	\$795,500			\$4,971,460	\$621,500			\$0	\$0			\$4,971,460	\$121,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80722551		NEMEGUEN ARIAS CAMILO ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 130 58B 30 APTO 515	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6798352	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2007290444	9496417217	I	2025/12/12	2025/12/15	BANCO AV VILLAS	3	\$1,541,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$795,500	\$1,600	\$0	\$797,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$795,500	\$1,600	\$0	\$797,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,200	\$300	\$0	\$121,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$121,200	\$300	\$0	\$121,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$621,500	\$1,200	\$0	\$622,700	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$621,500	\$1,200	\$0	\$622,700	
TOTAL				1	\$1,538,200	\$3,100	\$0	\$1,541,300	



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 7:47:47

CAMILO ERNESTO NE...



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

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		
☐	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	4. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO	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-15204.pdf	2 PS 1617 2025 CRP-15204.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
☐	7. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1617 2025 CRP-18860.pdf	3 PS 1617 2025 CRP-18860.pdf	Comprador	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
☐	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
☐	10. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
48bc6d3476bf8ed57e96be4bf1cd1af7ca3250bd343df67cdcf50a08c3b23aad43eafbc7617217bd2705c90afa487e90

Número de Factura: FECN-105

Fecha de Emisión: 14/12/2025

Fecha de Vencimiento: 14/12/2025

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 especialistas en Toxicología Clínica	HUR	130,00	\$ 95.605,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.428.650,00

Notas Finales

Factura diciembre 2025

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
14/12/2025 15:46:51
Documento validado por la
DIAN:
14/12/2025 15:46:51
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