

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS PS_1617_2025_E0AE62 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:	\$ 174.479.125	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 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9497709199	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/01/08	\$ 621.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/08	\$ 795.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/08	\$ 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 ningun 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_E0AE62 CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS CC: 80722551
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1617_2025_E0AE62 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_E0AE62

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 130 588 30 APTO 515	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6798352	Si

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 DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2068456817	9497709199	I	2026/01/15	2026/01/08	BANCO AV VILLAS	0	\$1,538,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$795,500	\$0	\$0	\$795,500
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$795,500	\$0	\$0	\$795,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$121,200	\$0	\$0	\$121,200
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$121,200	\$0	\$0	\$121,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$621,500	\$0	\$0	\$621,500
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)		EPS001	830,113,831	0	1	\$621,500	\$0	\$0	\$621,500
TOTAL					1	\$1,538,200	\$0	\$0	\$1,538,200

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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 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-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
☐	12. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1617 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
3d2c3055287bdf6ca06127f40a834ad76750a61c67bb618d07199c9893832d1b1742647d727d7f2b4857c81bef61ee45

Número de Factura: FECN-108

Fecha de Emisión: 09/01/2026

Fecha de Vencimiento: 09/01/2026

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 electronica enero 2026

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
09/01/2026 09:10:26
Documento validado por la
DIAN:
09/01/2026 09:10:27
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