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:	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 OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10J02	70	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	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2377	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - EN CUIDADO CRITICO O INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$18,161,784				
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:	$210,325,176
VALOR EJECUTADO	$210,325,176
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$18,161,784
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
9497254438	$6,092,986	$761,623	$974,878	3	$148,425	$1,884,926

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. 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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada 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) Doy Ejecución al 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	3) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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) Participo 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	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) Informo 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	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION - NOTAS MEDICAS - FORMULACION SISTEMATIZADA SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS
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) Llevo 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	7) Participo en la programación de las actividades de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	8) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	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) 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.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	10) Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	CUANDO SE REQUIERA
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	11) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	12) Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	CUANDO SE REQUIERA - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	13) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	14) Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	FORMATO INSTITUCIONAL - PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN
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) Informo 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.	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) Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	FORMATO INSTITUCIONAL - PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN

Copia Controlada Subred Sur Occidente

17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	17) Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	18) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado.	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) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	FORMATO INSTITUCIONAL - PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN
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) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y Entregolas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL - PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN
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) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y Entregolos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	INVENTARIOS, REPORTES E INFORMES INSTITUCIONALES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	22) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	23) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	24) 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.	25) 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 Controlada Subred Suroccidente

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	CL 19A 68D 65 MONTEVIDEO FONTIBON	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3023892746	No

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	2049679269	9497254438	I	2026/01/22	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,767,400

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)					$11,796,129	$2,005,400			$11,796,129	$1,474,600			$0	$0			$11,796,129	$287,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$11,796,129	$2,005,400			$11,796,129	$1,474,600			$0	$0			$11,796,129	$287,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$11,796,129	$2,005,400			$11,796,129	$1,474,600			$0	$0			$11,796,129	$287,400		$0	$0
1	CC 1129572084	CARBONO JOSE	231001	30	$11,796,129	$2,005,400	EPS005	30	$11,796,129	$1,474,600		0	$0	$0	14-11	30	$11,796,129	$287,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$11,796,129	$2,005,400			$11,796,129	$1,474,600			$0	$0			$11,796,129	$287,400		$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	CL 19A 68D 65 MONTEVIDEO FONTIBON	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3023892746	No

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	2049679269	9497254438	I	2026/01/22	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,767,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,005,400	$0	$0	$2,005,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$2,005,400	$0	$0	$2,005,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$287,400	$0	$0	$287,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$287,400	$0	$0	$287,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,474,600	$0	$0	$1,474,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,474,600	$0	$0	$1,474,600
TOTAL				1	$3,767,400	$0	$0	$3,767,400

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. 18764096635046 válida desde 2025-08-05 hasta 2026-02-05 rango desde FELJ75 hasta FELJ10000.

Nombre o 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:	2

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**FELJ87**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**10:52:10-05:00**
FECHA FIRMADO:	**26/01/2026 10:52:11**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
26	01	2026	--	--	--

#	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	54,00	$97.644,00				0,00	$5.272.776,00
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	132,00	$97.644,00				0,00	$12.889.008,00

Notas:

SON: (dieciocho millones ciento sesenta y un mil setecientos ochenta y cuatro pesos)

CUFE: 08cee822feb230dbc83c030c10baddb5ff8e53fc87ba00677dab475094f101a2a446e5e9aecc615d00d7ff4477453562

Subtotal:	$18.161.784,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$18.161.784,00

Firma Digital: PHnoRgAfTfjJsjbq1kuAcNhOpwru+iYCFkB4Klytsfr7e+KAEuqedJc0U5rDO4CR
exh0dQnMD+Y3zoitV4sShDBS7JVWvaui8T6gJoCO8cdcP50rTC
ZwZCodFzpDWFp/ vfXh27Bk2AZ/odQBDGk5v7kXITd9GY2BseZ6sz2I2A/VJ9WH+39G/x2D02ru0QgK 0RPAdViced5qsHcA6rwqP45yxhYnanFDPNb
3CxMMvG60P92EgjZZ1RLpsTzeqRlj Op+FTbAimlxJfPp4tF9b61YYTv+JxKUfedBvOkDPIm21hKPvlp3US9OGhDGetmim N8udWCttrhQKwTQdz5Lp
cQ==

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.