

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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 1379 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 12.428.650
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS

PS\_1379\_2026\_1F1A83

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA TOXICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1379 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 71.130.120	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>130</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 71.130.120	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 12.428.650
---	---------------	--	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
--	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral.
2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales.
3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida.
4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención.
5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales.
6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido.
7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud.
9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio.
10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados.
12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones.
13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato.
14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual.
15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1

16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales.

17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato.

18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

### 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504851065	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/05/19	\$ 621.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/19	\$ 795.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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\_1379\_2026\_1F1A83

**CAMILO ERNESTO NEMEGUEN ARIAS**

**CC: 80722551**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS\_1379\_2026\_1F1A83

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**



*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS*

*PS\_1379\_2026\_1F1A83*

**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	319341697	9504851065	I	2026/05/14	2026/05/19	BANCO AV VILLAS	5	\$1,543,900

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,971,460	\$795,500			\$4,971,460	\$621,500			\$0	\$0			\$4,971,460	\$121,200		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$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
2026-04	2026-04	319341697	9504851065	I	2026/05/14	2026/05/19	BANCO AV VILLAS	5	\$1,543,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$795,500	\$2,900	\$0	\$798,400	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$795,500	\$2,900	\$0	\$798,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,200	\$500	\$0	\$121,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$121,200	\$500	\$0	\$121,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$621,500	\$2,300	\$0	\$623,800	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$621,500	\$2,300	\$0	\$623,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,538,200</b>	<b>\$5,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,543,900</b>	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[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

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

 Porcentaje  Recepción de artículos

#### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1385 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	1. PS 1385 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 1379 2026 CRP -8651.pdf	1 PS 1379 2026 CRP -8651.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>



3. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO  
ABRIL 2026.pdf

3. PS 1379 2026 CUENTA DE COBRO  
ABRIL 2026.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## Datos guardados

[Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

**018000-52-0808** [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
3757d5c28c403bdcca6bd7c35214115f03fb58ffced34254f6a17b188b44972336005f272b878224a51dbcd8bd74dde3  
Número de Factura: FECN-121  
Fecha de Emisión: 19/05/2026  
Fecha de Vencimiento: 19/05/2026  
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 mayo 2026  
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 19/05/2026 08:58:31  
**Documento validado por la DIAN:**  
 19/05/2026 08:58:31  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

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

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

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

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764106060694 Rango desde: 110 Rango hasta: 5000 Vigencia: 2026-08-18