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:	FARHI ALONSO DELGADO MEDINA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79958427		
CORREO ELECTRONICO:	farhidelgado@yahoo.com				CELULAR:	6016415087		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10I06	70	KE10B04	30				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2570060380					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2305			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1407	FECHA	2025-06-25 10:35:41.000	NÚMERO DE CRP	31306	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$10,815,960				
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:	$64,354,962
VALOR EJECUTADO	$52,457,406
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,815,960
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11,897,556
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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
9487669315 Y 9487665476	$5,407,980	$675,998	$865,277	3	$131,738	$1,673,013

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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. 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 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 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 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
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. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 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. 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.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
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. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
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.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA

NIT: 79958427-0
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 115 50 71, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6415087
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764087411345 válida desde 2025-01-20 hasta 2025-07-20 rango desde FE230 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	9009590048
Razón Social:	sub red integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e
Dirección:	cl 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	gerencia@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE244
Fecha Emisión	24/06/2025 11:38:41-05:00
Fecha Vencimiento	10/07/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Método de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	10/07/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	MEDICINA INTERNA cumplimiento de horas	WSD	120,00	$90.133,00				0,00	$10.815.960,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$10.815.960,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$10.815.960,00

CUFE:	795e160da2972f2f542f27f502e5938333f542ddddbb571a0572ac091ca8fc2905f901f86a6399a3d57d783426660785
Total con letra:	(diez millones ochocientos quince mil novecientos sesenta pesos)

Firma Digital: W6Li3p0kgXDKG+DpIoCLMgPf43KuBaOiJ0CGslb4ryEZiDgjbBzO8VHRrpD/QhBX
B5QZW5ZAc48vL/7j0lJT7UcTFtrnOjIpUxvHl0yWycWr4WVY9S
KnUU5CdeaYnVR9 8cocoe2zwNLLDcJOxp/DkqApkvwUQRKv0sr7GcGG/jQCho0axNtK00YbNKJRchrh AYPXKBMC2UF9kih8jFGuMS5g72giy3OqQNO
IWbEE20zHde42Gx31g6FBF5J+w6LE 6pl3SXJu7t44C1Ko+F8o3bqUHxdjA06ML/H1EeSmG16YuO9gIMja6LRQ6cVAhaO2 tsly3url2oIpG+vkUSee
3w==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574051608	9487665476	I	2025/06/09	2025/06/24	BANCO DAVIVIENDA	15	$1,374,500

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)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
1	CC	79958427	DELGADO FARHI	230301	30	$4,400,000	$704,000	EPS001	30	$4,400,000	$550,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,400,000	$107,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574051608	9487665476	I	2025/06/09	2025/06/24	BANCO DAVIVIENDA	15	$1,374,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$704,000	$6,800	$0	$710,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$704,000	$6,800	$0	$710,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$107,200	$1,100	$0	$108,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$107,200	$1,100	$0	$108,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$550,000	$5,400	$0	$555,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$550,000	$5,400	$0	$555,400
TOTAL				**1**	**$1,361,200**	**$13,300**	**$0**	**$1,374,500**

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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574501751	9487669315	N	2025/06/09	2025/06/24	BANCO DAVIVIENDA	15	$315,100

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)					$1,008,000	$161,300			$1,008,000	$126,000			$0	$0			$1,008,000	$24,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,008,000	$161,300			$1,008,000	$126,000			$0	$0			$1,008,000	$24,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,008,000	$161,300			$1,008,000	$126,000			$0	$0			$1,008,000	$24,600		$0	$0
1	CC	79958427	DELGADO FARHI	230301	30	($4,400,000)	($704,000)	EPS001	30	($4,400,000)	($550,000)		0	$0	$0	14-23	30	($4,400,000)	($107,200)	0	$0	$0
2	CC	79958427	DELGADO FARHI	230301	30	$5,408,000	$865,300	EPS001	30	$5,408,000	$676,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,408,000	$131,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,008,000	$161,300			$1,008,000	$126,000			$0	$0			$1,008,000	$24,600		$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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574501751	9487669315	N	2025/06/09	2025/06/24	BANCO DAVIVIENDA	15	$315,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$161,300	$1,600	$0	$162,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$161,300	$1,600	$0	$162,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,600	$300	$0	$24,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$24,600	$300	$0	$24,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$126,000	$1,300	$0	$127,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$126,000	$1,300	$0	$127,300
TOTAL				**1**	**$311,900**	**$3,200**	**$0**	**$315,100**

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79958427	DELGADO	MEDINA	FARHI	ALONSO	2025-02	EPS ALIANSALUD	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS ALIANSALUD	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 138 Registros en 14 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar