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:	JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032388393	
CORREO ELECTRONICO:	drjuanhernandez1987@gmail.com				CELULAR:	3213306989	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03J02-CV19	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67585505568				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2299			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1407	FECHA	2025-06-25 10:35:41.000	NÚMERO DE CRP	31379	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:			$7,571,172				
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:	$45,967,830
VALOR EJECUTADO	$36,774,264
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,571,172
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,193,566
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
9487368766	$2,163,192	$270,399	$346,111	3	$52,695	$669,205

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. 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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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	3) Llevo registro de la atención de los procedimientos, 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
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	CUANDO SE REQUIERA
5) Participar en la programación de actividades del área.	5) Participo en la programación de actividades del área.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	CUANDO SE REQUIERA
7) 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.	7) 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.	ORDENES MEDICAS
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	10) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	CUANDO SE REQUIERA
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emito conceptos médicos que se le requieran.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	FORMATO INSTITUCIONAL
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	16) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	CUANDO SE REQUIERA
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de Apoyo la implementación de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION

Copia Controlada Subred Sur Occidente

20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA
21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	21) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	22) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado.	CUANDO SE REQUIERA
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	23) 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)
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato)	24) 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 Certificadd
Subred Surocciidente

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 1032388393		HERNANDEZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66 # 59 - 31 Torre 8 apto 1106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9433477	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	1545662822	9487368766	I	2025/06/24	2025/06/11	BANCOLOMBIA	0	$3,276,100

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)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
1	CC	1032388393	HERNANDEZ JUAN	230301	30	$10,258,000	$1,743,900	EPS005	30	$10,258,000	$1,282,300		0	$0	$0	14-23	30	$10,258,000	$249,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$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 1032388393		HERNANDEZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66 # 59 - 31 Torre 8 apto 1106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9433477	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	1545662822	9487368766	I	2025/06/24	2025/06/11	BANCOLOMBIA	0	$3,276,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,743,900	$0	$0	$1,743,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,743,900	$0	$0	$1,743,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,900	$0	$0	$249,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$249,900	$0	$0	$249,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,282,300	$0	$0	$1,282,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,282,300	$0	$0	$1,282,300
TOTAL				**1**	**$3,276,100**	**$0**	**$0**	**$3,276,100**

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

○ 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	02. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	03. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2025.pdf	04. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 2299-2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO 2025.pdf	05. CTO 2299-2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Designación Supervisión Dr. Jony Mauricio Fuentes Diaz.pdf	Designación Supervisión Dr. Jony Mauricio Fuentes Diaz.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBBRO MAYO 2025.pdf	05. CTO 2299-2025 CUENTA DE COBBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ
NIT: 1032388393-2
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 53 57 71 P2, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6019433477
Email. drjuanhernandez1987@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764094208539 válida desde 2025-06-10 hasta 2027-06-10 rango desde DRJC79 hasta DRJC100.

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT : 900959048
Dirección: Calle 9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: +571375569
Email: liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 01/07/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **DRJC80**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **21:28:49-05:00**
FECHA FIRMADO: **10/06/2025 21:28:54**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
10	06	2025	01	07	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200 -5	SERVICIOS MEDICOS ESPECIALISTA Especialista en medicina interna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.durante el mes de JUNIO por 84 (OCHENTA Y CUATRO) horas	WSD	84,00	$90.133,00				0,00	$7.571.172,00

Notas:

SON: (siete millones quinientos setenta y un mil ciento setenta y dos pesos)
CUFE: 437a0e938046677b8fdda0c93beea0a3afd8a38de8c9700a94a69911dbe2b9e63427a65fef788bb33fb6c13651a533a3

Subtotal:	$7.571.172,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$7.571.172,00

Firma Digital: QELKKATnrCrVyVGXBds7sC2sS460K6pQmfWJWdO5qzvC96kSIBK8mj7z46uxc5S2
vDJ8PRBkq7XZgbXHm5mFd8X3qU9td8fxjeZ5ZuXuI+/iXJ1Ygg
HlfmLL1LLoO/FS JOCvygeaz8EPS6jQofBTR5zIyzskBUuVGbjw/yFF70jEQgT1jk+vhNWiLJn9JiXS pyzmFtojCkiOGjGs/bNpHeKwrr6r4FZOtF9
Ffus4P+2NK1TK72nJ3dMdQkewuzuR tN5MlBrYcw95KagvRITVSMCGkmpp4zyCf0dq13aLk0mbuVcsBph2TL8Evn3b7RRt 5CKDp3p9tCYv03txNCAb
Wg==

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.