| 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: | john alberto martinez garcia | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 7600947 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | johnalbertomg@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3123557693 | | | |
| 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 AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 87901695 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2326 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1407 | FECHA | 2025-06-25 10:35:41.000 | NÚMERO DE CRP | 31223 | FECHA | 2025-06-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- NEUMOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | | |
| 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: | $112,080,264 |
| VALOR EJECUTADO | $111,509,448 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $18,161,784 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $570,816 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7973559121 | $7,030,368 | $878,796 | $1,124,859 | 3 | $171,260 | $2,174,915 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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

**JOHN ALBERTO MARTINEZ GARCIA**

NIT: 7600947-1

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 18 17 55 CA G 4, Funza, Cundinamarca, Colombia

Tel. 3123557693

Email. johnalbertomg@hotmail.com

FAVOR NO REALIZAR RETENCION ALGUNA, REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
NO SOMOS GRAN CONTRIBUYENTE
NO SOMOS AGENTE RETENEDOR DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS - IVA

Autorización factura electrónica de venta No. 18764088705451 válida desde 2025-02-11 hasta 2027-02-11 rango desde FEV1 hasta FEV200.

John Alberto Martínez García
3123557693
johnalbertomg@hotmail.com

---

**Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
**NIT :** 900959048
**Dirección:** CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 5551347
**Email:** facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

**Método de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 13/07/2025
**Total de Lineas:** 1

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** | **FEV88** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **18:15:04-05:00** |
| **FECHA FIRMADO:** | **13/07/2025 18:15:07** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 13 | 07 | 2025 | 13 | 07 | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 85121604 | Servicios de especialistas pulmonares ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA | WSD | 186,00 | $97.644,00 | | | | 0,00 | $18.161.784,00 |

**Notas**:
HONORARIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS JULIO 2025

**SON**: (dieciocho millones ciento sesenta y un mil setecientos ochenta y cuatro pesos )
**CUFE**: b9bef5a0c9f65782a53802da46cd2368039adc9ef28ebdd20697a07cee8b843707100735392a82c50cd7c22b46238529

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $18.161.784,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $18.161.784,00 |

Favor cancelar a nombre de John Alberto Martínez García

**Firma Digital:** qsSAaYg9uz3kw32RAtrg9HMNViGRjLGYdVZeiWNsD/Zip2QFUz47jIhikdgZRf/S
+vYdBvR5vhp4QV+O7DzFw2KBSxkBNSRX9HqrXonRSRoFxszDBU
0Ru1gLWaflNS1+ +ugWdbdrueqIKdGEqvl5Pcxlotd5LwQ30/ivaFxR/tkhOqIotJ8+s1FoKdJINhd2 WyL8ThFsDTmMjm7SuerQNDTtAvKVMt+4d3y
S1EOi2aFWre4UExJlLrcrr/9MFJKS sVYmysCLVgaz1PBWDONv/i8DjK2P5+CzP3DZfIGwNg5Y0IIqOG0BuH7IwUmqnFby 0Tao/Heh1MG+IjKIbao+
Yw==

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: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025 .**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 7600947 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JOHN ALBERTO MARTINEZ GARCIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | FUNZA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CRA 18 17-55 G4 | TELÉFONO: | 8508544 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7973559121** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/07/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1600673302 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 1.195.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.195.300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 878.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 878.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 171.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 171.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.245.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.245.400** |

Planilla Pagada

ARL

Medellin, 28 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **JOHN ALBERTO MARTINEZ GARCIA** con documento de identidad **C7600947**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA