| 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: | Daniel Hedmont Rojas | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80419073 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | danielhedmont@gmail.com | | | | CELULAR: | 8002194 - 3106983239 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT NEUROLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | |
| | KE10A13 | 50 | KE10B04 | 50 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 286000142237 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2340 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1621 | FECHA | 2025-08-11 11:43:31.000 | NÚMERO DE CRP | 35745 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- NEUROLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $16,764,738 | | | | |
| 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: | $150,882,642 |
| VALOR EJECUTADO | $117,353,166 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,764,738 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $33,529,476 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 78% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7978969229 | $6,705,895 | $838,237 | $1,072,943 | 3 | $163,356 | $2,074,536 |

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

Fidel Ernesto Sobrino Mejia
79436979
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 |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | Atiende pacientes de neurología que demanden el servicio en la USS occidente de Kennedy en las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias, de acuerdo al ciclo de atención establecido. | Notas de evolución en las historias clínicas, oferta de agendamiento diario y entrega diaria de RIPS diligenciados. |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Participar activamente en la creación y planificación de nuevos estudios clínicos que busquen innovar en los diagnósticos y tratamientos de los usuarios. | Protocolos de investigación, publicaciones científicas, actualización de guías de práctica clínica |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Realiza revista médica diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución de pacientes. |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Realiza respuesta a interconsultas diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución e interconsultas en historia clínica. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Da información a pacientes y/o familiares sobre el estado de salud, de acuerdo con la patología que se presente. | Registro en historia clínica. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Elabora la revista médica de manera diaria, llevando a cabo juntas médicas conforme a las necesidades específicas de la patología clínica de cada paciente. Además, asiste a las reuniones convocadas por la Subred con el fin de contribuir al mejoramiento de las prácticas dentro de la institución. | Actas de reunión |
| 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 | Diligencia correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy. | Auditoria de calidad en el diligenciamiento de historias clínicas, por parte de la coordinación. |
| Participar en la programación de actividades del área. | Diligencia los Registros individuales cada vez que realiza consulta de neurología. | RIPS debidamente diligenciados con diagnostico correspondiente. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | El neurólogo realiza mensualmente las estadísticas. | Consolidado mensual que reposa en la coordinación del servicio. |
| 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. | Realiza reporte, toda vez que se presente un indicio de atención insegura. | Ficha de indicio de atención insegura diligenciadas y gestionadas con la oficina de seguridad del paciente. |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Participa activamente en las juntas que realiza el servicio. | Reportes de evolución de juntas medicas en historia clínica y RIPS entregados al área de gestión documental. |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | En los procedimientos que realiza el servicio el neurólogo hace adecuado uso de los mismos. | Órdenes de solicitud de insumos, consignados en las historias clínicas de pacientes según procedimiento. |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

Fidel Ernesto Sobrino Mejia
79436979
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80419073 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANIEL HEDMONT ROJAS HEDMONT ROJAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 127D # 19-88 3-701 | TELÉFONO: | 8002194 |
| 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: | **7978969229** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: julio | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | AÑO: 2025 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/08/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1712165679 | | |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 1.360.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.360.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 1.000.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.000.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 48.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 48.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 194.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 194.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.602.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.602.900** |

Planilla Pagada

**DANIEL HEDMONT ROJAS**
NIT: 80419073-9
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 127 D 19 A 88 TO 3 AP 701, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3106983239
Autorización facturación electrónica No. 18764097461366 válida desde 2025-08-24 hasta 2026-02-24 rango desde DHFE53 hasta DHFE500.

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |
| **NIT:** | 900959048 |
| **Dirección:** | CALLE 9 # 39-46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110851 |
| **Teléfono:** | 7560505 |
| **Email:** | facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co |

| | |
|---|---|
| **Forma de Pago:** | Crédito |
| **Medio de Pago:** | Transferencia Crédito Bancario |
| **Fecha de Pago:** | 12/09/2025 |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | DHFE53 |
| **MONEDA:** | COP Colombia, Pesos |
| **HORA EMISIÓN:** | 17:46:19-05:00 |
| **FECHA FIRMADO:** | 25/08/2025 17:46:22 |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 25 | 08 | 2025 | 12 | 09 | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. M. | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 002 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Prestación servicios profesionales especializados en el area de neurología, durante el periodo del 01 al 31 de Agosto de 2025, conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2340-2025 | WSD | 1,00 | $16.764.738,00 | | | | 0,00 | $16.764.738,00 |

**Notas**:

**SON**: (dieciseis millones setecientos sesenta y cuatro mil setecientos treinta y ocho pesos )
**CUFE**: fe28eacebf6c4977100ea88dffa57d295a0ab567073a7b4e26d82560695c0b88882c178c9784961fa596e5dc04bcdf04

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $16.764.738,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $16.764.738,00 |
| **ReteRenta:** | $1.844.121,18 |
| **ReteICA:** | $100.588,43 |
| **Neto Factura:** | $14.820.028,39 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 06 ReteRenta | $16.764.738,00 | 11,00% | $1.844.121,18 |
| 07 ReteICA | $16.764.738,00 | 0,60% | $100.588,43 |

**Firma Digital:** F6bu3ynE6azcpiQzs6CYzKP305GDiQZaKRs+I8XmSyDew/1GccISXWaazAboSuYc
AQ3Z6NLk3RkP6E/lxwD+5wZ8PAEeJvzKGun0Oy8SuezTJKquX3
zFYWr56d8XuWlt wtBsj2T9Bov9tJdR+PmxB0LeLXaB2triY2LlaM8Wdt1BHS+4qQk3lS4TOI3rbqjt Wf7+9QYkgFqRMDwl8EyEDQaNncXUuQTzh/p
NjlLKn7iASKHOaGoW5KSjlyGjX0mv t0EayxrPMhA1y8whJE6/BWaEG8IvSmidkBGqiOg4deNycFU/tud4qWar1BDpPkZM wbrVkNA93SqDhcsAW2P8
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.

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