Espacio para Logo Corporativo

JAIRO JUNIOR TEJERA HERNANDEZ
NIT 72.201.591-6
CARRERA 52 # 85 - 44
Tel: 3164069521
Barranquilla - Colombia
jairotejerahernandez@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 534

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(031) 4480030 - Ext. 000
Dirección	AV 1 MAYO 40B-54	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/09/2025, 12:45
Expedición	22/09/2025, 12:45
Vencimiento	22/09/2025

Ítem	Descripción	Vr. Bruto
1	SERVICIOS MEDICO INTERNISTA EN LA SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E..	21,631,920.00

Total items: 1

Total Bruto	21,631,920.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	21,631,920.00

Valor en Letras:
Veintiun millones seiscientos treinta y un mil novecientos veinte pesos m/cte

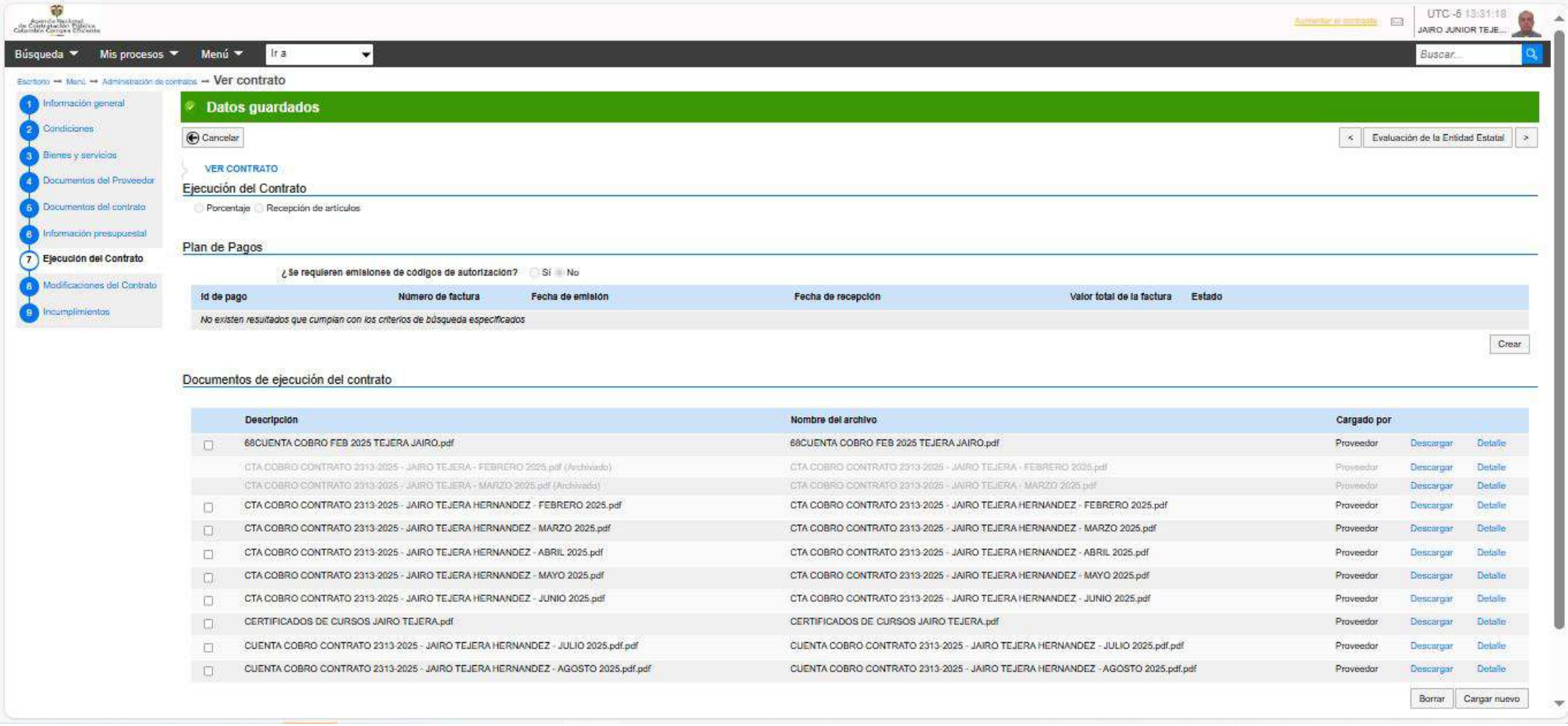
Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 21,631,920.00

Observaciones:
TURNOS REALIZADOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE EN EL HOSPITAL DE KENNEDY.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764097532284 aprobado en 20250825 prefijo FE desde el número 531 al 900 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: d10282511b587e1de1284afe0712c70201c1cae78f9bf661f56b4af484fbc7f622030810f4b704b2ef716b0b8cb098d0

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
UTC -5 13:31:18
JAIRO JUNIOR TEJE...
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
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
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
68CUENTA COBRO FEB 2025 TEJERA JAIRO.pdf
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - FEBRERO 2025.pdf (Archivado)
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - MARZO 2025.pdf (Archivado)
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - FEBRERO 2025.pdf
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MARZO 2025.pdf
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - ABRIL 2025.pdf
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MAYO 2025.pdf
CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JUNIO 2025.pdf
CERTIFICADOS DE CURSOS JAIRO TEJERA.pdf
CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JULIO 2025.pdf.pdf
CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - AGOSTO 2025.pdf.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141157657919

(415)7707212489984(8020) 000014115765791 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 2 0 1 5 9 1	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 2 2 0 1 5 9 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TEJERA	HERNANDEZ	JAIRO	JUNIOR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR A 68 C N 2331

42. Correo electrónico jairotejerahernandez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 9 3 1	3 1 5 3 0 3 8 7 8 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 9 0 9 0 4	8 6 1 0	2 0 0 9 0 9 0 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	1	6	2	2	4	7	5	2																		

16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TEJERA HERNANDEZ JAIRO JUNIOR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141157657919

(415)7707212489984(8020) **000014115765791 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 2 0 1 5 9 1	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 1 6	2 0 2 5 0 1 2 6		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 72201591		TEJERA HERNANDEZ JAIRO JUNIOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 68C 23-31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3153038782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1777080486	9491775817	I	2025/09/19	2025/09/15	BANCOLOMBIA	0	$2,769,250

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
1	CC	72201591	TEJERAHERNANDEZ JAIRO JUNIOR	25-14	30	$8,653,000	$1,471,050	EPS005	30	$8,653,000	$1.081,650		0	$0	$0	14-11	30	$8,653,000	$210,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$8,653,000**	**$1.471,050**			**$8,653,000**	**$1.081,650**			**$0**	**$0**			**$8,653,000**	**$210,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,471,050	$3,050	$0	$1,474,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,471,050	$3,050	$0	$1,474,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,800	$500	$0	$211,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$210,800	$500	$0	$211,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,081,650	$2,200	$0	$1,083,850
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,081,650	$2,200	$0	$1,083,850
TOTAL				1	$2,763,500	$5,750	$0	$2,769,250

2025/09/15 10:42 AM

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:	JAIRO TEJERA HERNANDEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	72201591	
CORREO ELECTRONICO:	jairotejerahernandez@gmail.com				CELULAR:	3153038782	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10A11	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10715826335				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2313			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	35723	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$21,631,920				
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:	$194,146,482
VALOR EJECUTADO	$172,514,562
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$21,631,920
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$21,631,920
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
9491775817	$8,652,768	$1,081,596	$1,384,443	3	$210,781	$2,676,820

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Se solicitaron procedimientos diagnósticos como ecografías, imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio, así como terapias ajustadas al plan integral de cuidado de los pacientes con patologías crónicas y agudas	Realización de actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se realizaron los registros médicos de los pacientes cumpliendo con las normativas legales vigentes, asegurando confidencialidad y precisión en la información ingresada en la historia clínica	Cumplimiento de exigencias legales y éticas en la historia clínica
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	Se realizaron los informes de los procedimientos e intervenciones realizadas, garantizando el cumplimiento de los registros solicitados por la Subred para fines de facturación y costos	Registro de atención y procedimientos para mantener actualizados informes estadísticos
Participar en la programación de actividades del área.	Se participó en reuniones de planificación y coordinación de actividades del equipo de salud, estudiantes y residentes garantizando una adecuada atención al paciente de las áreas de urgencias, sala general y observación en el Hospital Kennedy	Se participó en la programación de actividades del área
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Se está atento a reportar eventos de notificación obligatoria en las áreas de urgencias, sala general y observación, para cumplir la oportunidad establecida en la subred	Reporte de eventos de notificación obligatoria
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	Se notificaron oportunamente las fallas de calidad del servicio y se colaboró en los análisis de casos para implementar acciones de mejora	Notificación de fallas de calidad y análisis de mejoras
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se impartieron instrucciones precisas al equipo asistencial como estudiantes, residentes y demás equipo asistencial sobre los procedimientos a realizar en cada paciente, asegurando una correcta ejecución de las órdenes médicas y tratamientos	e dieron Instrucciones al equipo de salud como estudiantes y residentes sobre procedimientos ordenados al paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligenciaron correctamente los formatos clínicos asegurando legibilidad y cumplimiento con los criterios de oportunidad e integralidad. en las áreas de urgencias, sala general y observación	Diligenciamiento adecuado de los formatos e instrumentos
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se realizó diligenciamiento de consentimiento informado de cada paciente que lo requirió cumpliendo con los requerimientos legales	Diligenciamiento del consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Se realizó seguimiento continuo a los pacientes bajo tratamiento médico, asegurando una adecuada evolución según lo requerido en las áreas de sala general, urgencias y observación, retroalimentando también a los residentes	Seguimiento y control a pacientes
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informó de manera clara y comprensible a los pacientes y sus familiares sobre su estado de salud, plan de manejo y procedimientos a seguir en las áreas de urgencias, sala general y observación	Información a pacientes y familias sobre su condición de salud
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Se emitieron conceptos médicos a los estudiantes, residentes y otros asistenciales para el cumplimiento de requisitos institucionales y legales, siguiendo lineamientos de la Subred	Emisión de conceptos médicos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Se apoya en el cumplimiento de las normas del seguimiento de los estándares del sistema de calidad establecido por la Subred	Apoyo en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Copia Centro de la Subred Suroccidente

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se realizó el informe mensual dirigido al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento de este de las labores realizadas en las áreas de urgencias, sala general y observación en el Hospital de Kennedy	Elaboración de informes mensuales para la supervisión del contrato
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se está realizando el uso adecuado de los insumos y equipos médicos asignados, garantizando su correcto uso y retorno en caso de finalización del contrato	Responsabilidad sobre los elementos entregados para ejecución de mi labor
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.	Asistí y participé activamente en reuniones y capacitaciones en el Hospital Kennedy	Participación en jornadas de capacitación y reuniones
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conozco los procedimientos establecidos por la subred y doy cumplimiento a los mismos, además de apoyar para su implementación	Cumplimiento de los procedimientos establecidos por la Subred
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Participé en actividades de cooperación, según los requerimientos de la Subred	Apoyo en actividades interinstitucionales y extrainstitucionales
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Se realizan los registros de historia clínica de cada paciente, desde el ingreso, evolución, tratamiento y seguimiento hasta dar de alta, teniendo en cuenta un enfoque humanizado e integral para la mejor atención del paciente	Registro de actividades relacionadas con la prestación del servicio en las áreas de urgencias, sala general y observación
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	He participado en las investigaciones adelantadas en la subred, con el fin de tener nuevas alternativas de diagnóstico e intervención a pacientes oportunamente	Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Se realizará con la mejor disposición la supervisión de los contratos que me sean asignados	Supervisión de contratos asignados
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se adjunta planilla correspondiente al mes de agosto del 2025.	Entrega de planilla del pago de sistema de seguridad social
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Se realizan con la mejor disposición las demás actividades inherentes al contrato	Realización de actividades adicionales asignadas por el contrato

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 Controlada Subred suroccidente