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:	Diego Mauricio Castro Quintero							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026279834		
CORREO ELECTRONICO:	dmcastroq@unal.edu.co				CELULAR:	3188694078		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PSIQUIATRÍA USS NUEVAS DELICIAS				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA15A17	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	69152490097				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	171			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39265	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-09-01		2025-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$14,168,000						
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:	$133,252,800
VALOR EJECUTADO	$111,412,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,168,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$21,840,800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
90062186	$4,894,400	$611,800	$783,104	3	$119,228	$1,514,132

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

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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.	se realiza historia clinica de acuerdo a la norma establecida	historia clinica
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	"Se Cumplieron con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tienen relación con la ejecución del objeto del presente contrato "	historia clinica
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	Se registra en historia clinica las evoluciones, se hacen actas y se realizan informes cuando se requiere.	Historia clínica, evoluciones,actas,informes
4) Participar en la programación de actividades del área	Participar activamente en las jornadas de capacitación	acta de reunion
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	se realiza ficha de notificacion sivim, sisvecos, sivelce, vespa	Fichas de notificacion
6) 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 notifica en los formatos y se participa en reuniones en los casos en los que se requiere.	Actas, formatos
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se dan indicaciones de manejo según protocolos y guias de la subred. Se proponen estrategias de manejo en reuniones de equipo.	Protocolos y guias de la subred Actas
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencia la historia clínica y demàs formatos que se requieran según los criterios y procedimientos de la subred.	Historia clínica, formatos e instrumentos
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	consentimiento informado
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	se realiza seguimiento a pacientes con algun tipo de depsndencia de sustancias psicoactivas	historia clinica, actas estudios de caso
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se socializa plan de intervención al usuario y su familia,se dan indicaciones terapeuticas o plan casero durante el proceso y al egreso	Historia clínica, evoluciones,planes caseros.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran	se diligencia la historia clinica, y demas formatos que se requieran	Historia clinica
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Se promueve el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Subred.	Actas de participación
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	se elabora informe de acuerdo al requerimiento del supervisor del contrato	actas de reunion
15) 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 realiza adecuado uso de los recursos fisicos	actividad realizada al inicio, durante y al final de la consulta
16) 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.	se participa en las jornadas de capacitacion seguridad al paciente, LSC, conexión conla gerente, encuentros de aprendizaje continuo.	actas de reunion
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se siguen los procedimientos establecidos por la Subred para la ejecución de las funciones.	Actas de cumpimento a protocolos, guias y procedimientos de la subred.
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	se esta a la disposicion en el momento de su requerimeinro	acta de reunion
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	se diligencia historia clinica en sistema de dinamica cumpliendo con lo establecido por la subred.	historia clinica
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Se participa en laa actividades asignadas por la subred según requerimeinto	Actas de participación
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	se desarrollara esta actividad de acuerdo a la suolicitud de la subred	Actas
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se entrega al supervisor de contrato las constancias de pago al sistema de seguridad social, arl y salud	cuenta en suresoc
23)Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las demas actividades asignadas.	Actas y soportes que se requieran

Copia Controlada Subred Suroriente

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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

Espacio para
Logo Corporativo

Diego Mauricio castro quinter
NIT 1.026.279.834-1
calle 29 4-02
Tel: (601) 3188694078
Bogotá - Colombia
jesustamayo-45@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. DIEG 31

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 4399090 - Ext. 000
Dirección	CALLE 9 39-46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/09/2025, 14:44
Expedición	22/09/2025, 14:48
Vencimiento	22/09/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HORA PSIQUIATRIA	154.00	14,168,000.00

Total items: 1

Total Bruto	14,168,000.00
Total a Pagar	14,168,000.00

Valor en Letras:
Catorce millones ciento sesenta y ocho mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 14,168,000.00

Observaciones:
HONORARIOS DE PSIQUIATRÍA MES SEPTIEMBRE CUENTA BANCOLOMBIA AHORROS # 69152490097

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 18764073188869 aprobado en 20240618 prefijo DIEG desde el número 27 al 100 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 4.14 X 1000
CUFE: 46c0a1b905c6b376a7cbd3cca6a0ee7137f812a74dfb7d4e225af97a9554b2bc5cefe4d7e6e8c90fd17c7de0584dbd2f

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026279834	DIEGO MAURICIO CASTRO QUINTERO	CL 29 4 02	3188694078	dmcastroq@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	24/09/2025	90062186	$1.529.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	611.800	0		0		0	16	6.200	0	618.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	783.200	0	0	0	0	16	7.900	0	791.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	119.300				119.300	16	1.300	120.600			1.193	120.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	611.800	618.000
Pensión	1	783.200	791.100
Riesgos Laborales	1	119.300	120.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.514.300	1.529.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026279834	DIEGO MAURICIO CASTRO QUINTERO		CL 29 4 02	3188694078	dmcastroq@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	24/09/2025	90062186	$1.529.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026279834	CASTRO QUINTERO DIEGO MAURICIO	59	0			N								X								25-14	4.894.400	783.200	0	0	0	0	EPS005	4.894.400	611.800	14-11	4.894.400	3	119.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información