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:	Lessner Jafet Almenarez Gomez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79628311	
CORREO ELECTRONICO:	jjalmenarez@yahoo.es				CELULAR:	5551347	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A41	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4570208373				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	702			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39353	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- MEDICINA FAMILIAR						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,143,840				
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:	$127,294,560
VALOR EJECUTADO	$113,150,720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,143,840
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14,143,840
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
9491565635--9492431194	$5,657,536	$707,192	$905,206	3	$137,818	$1,750,215

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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.	Valoración integral con los usuarios producto pdf de citas asignadas en el mes	Practico las intervenciones y valoraciones medicas de acuerdo a los protocolos y guías institucionales
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	valoracion integral con los usuarios producto pdf de citas asigamadas en el mes	Practico las intervenciones y valoraciones medicas de acuerdo a los protocolos y guías institucionales
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y necesarios para el cumplimiento del indicador de rendimiento y productividad estandarizado pára la especialidad por la institucion.	En el mes de SEPTIEMBRE se realizaron o se lleva a la fecha 266 consultas con cumplimiento del indicador de rendimiento en 2.27%	informe excel de produccion del mes (descarga de informacion oficial)
. 4) Participar en la programación de actividades del área.	valoracion de usuarios segun agenda programada	Anexar agenda del mes
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Apoyo en las diferentes estrategias establecidas para ayudar a la identificación de los factores de riesgo que hagan parte de la vigilancia epidemiológica	Se adjunta EXCEL con cantidad de fichas de notificación por sistemas de vigilancia correspondientes al mes de SEPTIEMBRE
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	Anexar los hallazgos de no conformidad frente a las auditorias.	Registro de la Hisotria clìnica y demas soportes clinicos que soporten la gestion
7). Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención, incluyendo su presentacion y comunicacion redundante.	Educacion al usuario registrado en historia clinica producto registros de hcl en el mes SEPTIEMBRE base de excel	Registro de la Hisotria clìnica y demás soportes clínicos que soporten la gestión
8). Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad	En las historias clínicas y durante el proceso de atención se manejo la apropiación de la plataforma estratégica, Enfoque de acuerdo con Misión y Visión de la Subred Suroccidente e Implementación de valores y principios institucionales se encuentra registrado en el sistema de información de cada historia clínica
9). Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	pantallazo del cargue de las carpetas con las obligaciones asignadas	pantallazo del cargue de las carpetas con las obligaciones asignadas
10) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación 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.	Durante el mes de abril no hay finalización del contrato por lo tanto no se adjunta actas de elementos entregados
11). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convoque	Participación en las diferentes actividades programadas	Se adjunta PDF de las listas de las actas de las reuniones del mes
12) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad	se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre y codigo del suceso osucesos de seguridad reportados en el mes que esta ejecutando la cuenta de cobro	Se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre y código del suceso de seguridad reportados en el mes que esta ejecutando la cuenta de cobro .
13) .Realizar el proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente con su debido registro , en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del carne instituciona	Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos	Se adjunta PDF de la carpeta de limpieza que evidencian el proceso de desinfección
14). Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	Informar al líder del estado de las agendas Informar a mi supervisor del contrato de manera oportuna mi ausencia a la consulta.	Notificación oportuna al líder con novedades de la agenda ofertada que no este completa Informar de los inasistentes para reposición de los mismo. Se adjunta PDF de la agenda concertada del mes SEPTIEMBRE
15.Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Anexar planilla y pantallazo del secop	Anexar planilla y pantallazo del secop
16) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	Realización de actividades establecidas	Disponibilidad para acceder a las estrategias del trabajo en equipo y asignadas por el líder o supervisor de contrato.

Copia Certificada Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

LESSNER JAFET ALMENAREZ GOMEZ
NIT 79.628.311-1
Calle 174 N 54B 63
Tel: (601) 3005759395
Bogotá - Colombia
jjalmenarez@yahoo.es

Factura electrónica de venta
No. AG 17

Señores	SUBRED Integrada de Servicios de Salud SUROCCIDENTE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 7300000 - Ext. 000
Dirección	No aplica	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/09/2025, 12:12
Expedición	29/09/2025, 12:12
Vencimiento	29/09/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS PROFESIONALES	160.00	12,588,017.60

Total items: 1

Valor en Letras:
Doce millones quinientos ochenta y ocho mil diecisiete pesos m/cte con sesenta cent.

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación $ 12,588,017.60

Total Bruto	14,143,840.00
IVA 0%	0.00
Retefuente 11%	1,555,822.40
Total a Pagar	12,588,017.60

Observaciones:
HONORARIOS MEDICO FAMILIAR SEPTIEMBREA 2025

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

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 18764091447963 aprobado en 20250402 prefijo AG desde el número 1 al 72 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 7f942b74f9f0af6fa891b8192df41cae0425654081b3c89ed6eeaa3cf34d8453a3897e38cd6a9f96b3ba25254e5a95c6

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79628311
NOMBRES	LESSNER JAFET
APELLIDOS	ALMENAREZ GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/29/2025 12:12:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	79628311	ALMENAREZ	GOMEZ	LESSNER	JAFET	2025-08	EPS COMPENSAR	COTIZANTE
CC	79628311	ALMENAREZ	GOMEZ	LESSNER	JAFET	2019-10	EPS SALUD TOTAL	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Medellín, 25 de septiembre de 2025

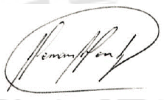
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LESSNER JAFET ALMENAREZ GOMEZ identificado(a) con C79628311 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796283112526832564

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

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	1760143285	9491565635	I	2025/09/03	2025/09/08	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,345,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	79628311 ALMENAREZ LESSNER																		25-14	30	EPS008	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

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	1760143285	9491565635	I	2025/09/03	2025/09/08	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,345,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$693,500	$2,200	$0	$695,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$693,500	$2,200	$0	$695,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$105,600	$400	$0	$106,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$105,600	$400	$0	$106,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$541,800	$1,800	$0	$543,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$541,800	$1,800	$0	$543,600
TOTAL				**1**	**$1,340,900**	**$4,400**	**$0**	**$1,345,300**

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 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

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	1810141528	9492431194	N	2025/09/03	2025/09/29	BANCO DAVIVIENDA	26	$416,400

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)					$1,323,600	$211,800			$1,323,600	$165,400			$0	$0			$1,323,600	$32,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,323,600	$211,800			$1,323,600	$165,400			$0	$0			$1,323,600	$32,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,323,600	$211,800			$1,323,600	$165,400			$0	$0			$1,323,600	$32,300		$0	$0
1	CC	79628311	ALMENAREZ LESSNER	25-14	30	($4,334,000)	($693,500)	EPS008	30	($4,334,000)	($541,800)		0	$0	$0	14-11	30	($4,334,000)	($105,600)	0	$0	$0
2	CC	79628311	ALMENAREZ LESSNER	25-14	30	$5,657,600	$905,300	EPS008	30	$5,657,600	$707,200		0	$0	$0	14-11	30	$5,657,600	$137,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,323,600	$211,800			$1,323,600	$165,400			$0	$0			$1,323,600	$32,300		$0	$0

2025/09/29 11:00 AM

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 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

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	1810141528	9492431194	N	2025/09/03	2025/09/29	BANCO DAVIVIENDA	26	$416,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,800	$3,500	$0	$215,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$211,800	$3,500	$0	$215,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,300	$600	$0	$32,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$32,300	$600	$0	$32,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,400	$2,800	$0	$168,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$165,400	$2,800	$0	$168,200
TOTAL				**1**	**$409,500**	**$6,900**	**$0**	**$416,400**