| 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: | PEDRO PABLO PEREZ SANCHEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79797763 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ppperezs78@gmail.com | | | | CELULAR: | 4727327-3153901177 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | KE10A46 | 40 | SU44A46 | 60 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570120899 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2244 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2169 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 48353 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- CLINICA DE DOLOR | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $18,499,590 | | | | |
| 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: | $166,496,310 |
| VALOR EJECUTADO | $165,674,106 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $18,499,590 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $822,204 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7988053230 | $7,399,836 | $924,980 | $1,183,974 | 3 | $180,260 | $2,289,213 |

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

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 |
|---|---|---|
| Coordinar con el equipo multidisciplinario de la Clínica del Dolor el desarrollo de las diferentes acciones para la prestación del servicio así como los planes operativos, planes de acción, guías de clínicas y planes de mejoramiento que permitan el logro | se esta realizando la revision y actualizacion de las guias y protocolos concernientes al manejo de medicina del dolor y cuidados paliativos | guias interdisciplinarias en desarrollo |
| Liderar y apoyar la ejecución en asistencia técnica como convenios, investigación y Docencia el desarrollo de acciones para el cumplimiento de los productos establecidos en los mismos. | se reinicio con la referente de dolor de la secretaria Distrital de Salud la gestion para la reactivacion del convenio Distrital de Dolor | Programacion de charlas de sensibilizacion en manejo del dolor |
| Coordinar con el equipo de clínica de Dolor la definición de indicadores, análisis y acciones de mejora que permitan optimizar la calidad en la atención y la productividad de la Clínica del Dolor en la institución. | captura y analisis de indicadores de gestion en clinica del dolor | indicadores de gestion y estadisticas mensuales al dia |
| Realizar procedimientos médicos propios en dolor y cuidados paliativos. | realizar procedimientos medicos propios en dolor y cuidados paliativos | Programacion en salas de cirugia de 24 pacientes. Promedio procedimientos: 50 |
| Formular diagnósticos , practicar exámenes y prescribir el tratamiento que se debe seguir a los pacientes que tiene a su cargo, teniendo en cuenta los derechos del enfermo y las guías. | seguimiento a pacientes hospitalizados y en urgencias como servicio de apoyo | 55 procedimentos hospitalarios |
| Atender las interconsultas solicitadas por otras especialidades, las urgencias y la consulta externa programada dentro clínica de dolor y cuidados paliativas como parte del apoyo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. | seguimiento a pacientes hospitalizados y en urgencias como servicio de manera oportuna buscando una solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente | 55 interconsultas /156 consultas externas |
| Desarrollar todas las actividades que sean necesarias con el objeto del contrato, en coordinación con el interventor del contrato. | cumplimiento de actividades asistenciales y respuesta oportuna a necesidades del servicio a nivel intrahospitalario | según necesidades diarias del servicio |
| Informar de forma detallada y veras el estado, pronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares del paciente. | reuniones con familiares /paciente para explicar diagnostico, pronostico y conducta analgesica/paliativa a seguir | según necesidades diarias del servicio |
| Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de Ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos. | todas las actividades clinicas se enmarcan en un ambiente de respeto, informacion veraz y clara acogiendose a las guias y normas vigentes | según necesidades diarias del servicio |
| Participar en las actividades clínicas docentes. | se convenio docente con U. Sabana para rotacion de residentes de espcializacion Medicina del dolor y Cuidados Paliativos | rotacion de residente 1 por mes. Actividad docente diaria. |

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 Sur Occidente

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
b5833b35120c7b0f8832a82194a8001529c3ed1fddfb5ab7fd1ca9b432bf63c464ce8f14c198e3bf9cd3136f0f046643

**Número de Factura:** FE-82
**Fecha de Emisión:** 20/10/2025
**Fecha de Vencimiento:** 19/11/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Instrumento no definido
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** PEREZ SANCHEZ PEDRO PABLO
**Nombre Comercial:** PEREZ SANCHEZ PEDRO PABLO
**Nit del Emisor:** 79797763
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CL 124 18 43 AP 309 BRR SANTA BARBARA OCCIDENTAL
**Teléfono / Móvil:** 3153901177
**Correo:** fe.pedroperez@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959048
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CALLE 9 No 39 -46
**Teléfono / Móvil:** 3753569
**Correo:** fe.pedroperez@gmail.com

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 01 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PERIODO 01 AL 31 OCTUBRE 2025 | NIU | 1,00 | $ 18.499.590,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 18.499.590,00 |

### Notas Finales

Favor consignar en la cuenta de ahorros Davivienda No. 000570120899
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
20/10/2025 18:05:08
**Documento validado por la DIAN:**
20/10/2025 18:05:09
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 18499590 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 18499590 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 18499590 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 18499590 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 18.499.590,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 18.499.590,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 18.499.590,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 18.499.590,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764096428190 Rango desde: 77 Rango hasta: 150 Vigencia: 2026-01-31

ARL

Medellin, 25 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **PEREZ SANCHEZ PEDRO PABLO** con documento de identidad **C79797763**, 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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79797763 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PEDRO PABLO PEREZ SANCHEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 124 # 18-43 APT. 309 | TELÉFONO: | 2649353 |
| 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: | **7988053230** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1842989333 |

## 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 | $ 1.258.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.258.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 925.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 925.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 180.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 180.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.363.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.363.300** |

Planilla Pagada