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:	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1094248149	
CORREO ELECTRONICO:	alan2608@hotmail.com				CELULAR:	3202219964	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J04	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	61665695427				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2383			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2169	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	48448	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-10-01		2025-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$13,519,950						
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:	$121,679,550
VALOR EJECUTADO	$121,138,752
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$13,519,950
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$540,798
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
90576146	$5,407,980	$675,998	$865,277	3	$131,738	$1,673,013

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

RONALD MEZA COLON
91446480
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	e realizan los procedimientos y actividades de forma integral de acuerdo a lo previsto en el plan de tratamiento del paciente	Registro de valoraciones - procedimiento en historias clinicas
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Se realiza plan individual de tratamiento para los pacientes hospitalizados de acuerdo a la patología y a un plan de tratamiento integral	B. Registros adecuados en historias clínicas
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes Se cumplen con las exigencias legales y éticas del manejo de los registros clínicos	Registros y custodia adecuada las historias clínicas
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se realiza la revista médica diaria, académica y asistencial en la U.R.N. Y asesoría en Alojamiento Conjunto y Reanimación	rograma en atención al Recién Nacido y proceso Docente Asistencial
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	En cada visita se da información a los familiares	Se deja constancia en la H.C. de la información dada a los familiares.
6) Llevar registro de la atención de las 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	e mantiene al día registros necesarios, activades o intervenciones	Registros adecuados en historias clínicas
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred	A. Participación activa de las actividades de la Subred	B. Asistencia de actividades indicadas
8)Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notificación obligatoria de acuerdo a la norma	Realización e fichas de notificación de acuerdo a la normal
9) 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.	Notificación de fallas de calidad, así como participación de análisis de acuerdo a planes de mejora	Notificaciones y planes de mejoras indicados
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	A. Se imparten instrucciones para el cuidado de pacientes	B. Manejo intrahospitalario multidisciplinario
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento adecuado de formatos	Verificación de formatos
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizan intervenciones de acuerdo a mis responsabilidades	istro adecuado de historias clínicas
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se brinda información completa	Registros de asistencia
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participación en actualización e implementación de guías y protocolos para el servicio	Documentos del servicio requeridos
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	e informará las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación / rehabilitación del usuario	Reporte de dificultades o faltantes de insumos
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	e realiza registro de actividades para consolidación de producción mensual	Consolidados
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participación en investigación	Desarrollo de proyectos de investigación
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Se realiza la supervisión de contratos	Supervisión de contratos
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Cumplí con entregar la constancia de afiliación al SGSSS, con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Informe mensual de actividades	ntrega de Informe mensual
21) 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 responde por elementos entregados en caso de terminación de contrato	En caso de terminación de contrato se responde por elementos entregados
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se responde por elementos entregados en caso de terminación de contrato	En caso de terminación de contrato se responde por elementos entregados
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Participación en jornadas de inducción, mejoramiento, acreditación	Lista de asistencia a actividades convocadas
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	onocimiento y cumplimiento de procedimiento establecidos para la subred	Conocimiento y cumplimiento de procedimiento establecidos para la subred
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan demás actividades indicadas en el contrato	Se realizan demás actividades indicadas en el contrato

Copia Certificada Subred Suroccidente

RONALD MEZA COLON
91446480
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

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	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA	Carrera 90a#8a-68 Tintal	3202219964	alan2608@hotmail.com	
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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90576146	$3.513.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.375.000	0		0		0	0	0	0	1.375.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.760.000	0	0	55.000	55.000	0	0		1.870.000	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	268.000				268.000	0	0	268.000			2.680	268.000	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	1.375.000	1.375.000
Pensión	1	1.870.000	1.870.000
Riesgos Laborales	1	268.000	268.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.513.000	3.513.000

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	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA		Carrera 90a#8a-68 Tintal	3202219964	alan2608@hotmail.com	
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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90576146	$3.513.000	

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	Estornado	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	1094248149	FIGUEROA GARNICA ALAN DAVID	59	0			N																	230301	11.000.000	1.760.000	0	0	55.000	55.000	EPS037	11.000.000	1.375.000	14-11	11.000.000	3	268.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Espacio para
Logo Corporativo

ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA
NIT 1.094.248.149-7
CR 90 A 8 A 68 TO 1 AP 1102
Tel: (601) 3202219964
Bogotá - Colombia
alan2608@hotmail.com

Factura electr0nica de venta
No. FVE 63

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 3133152085 - Ext. 000
Dirección	CALLE 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	24/10/2025, 07:55
Expedición	24/10/2025, 07:55
Vencimiento	24/10/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS ESPECIALISTA OCTUBRE DE 2025 CONTRATO 2383-2025	1.00	13,519,950.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Trece millones quinientos diecinueve mil novecientos cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crÃ©dito - Cuota No. 001 vence el 2025-10-24 por $ 13,519,950.00

Observaciones:

Total Bruto	13,519,950.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**13,519,950.00**

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 18764099144053 aprobado en 20250924 prefijo FVE desde el número 61 al 100 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: e2232973d30c1607cecd86aaf951822dede81a643cb0a289e0825001f95c94c84766ad9ce2a88abe8159499ea0ffa8a1

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