| 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: | EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80214661 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | edwmao554@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3152636734 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA INTERNA USS 51 ZONA FRANCA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO08A11 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24145710181 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 688 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2156 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 47569 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $8,382,369 | | | |
| 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: | $84,725,020 |
| VALOR EJECUTADO | $84,094,089 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $8,382,369 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $630,931 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9493090654 | $3,461,107 | $432,638 | $553,777 | 3 | $84,313 | $1,070,728 |

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

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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

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 |
|---|---|---|
| Atender el servicio de medicina interna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón | Atiende los pacientes del servicio de medicina interna en el área programada por la subred integrada de servicios de salud E.S.E | Realice la atención de los pacientes de medicina interna en el área de consulta externa, CAPS zona franca |
| Realizar consulta ambulatoria intramural dentro de las instalaciones de la subred sur occidente ESE según las agendas y turnos programados por el líder del proceso | Realice las actividades de patologías establecidos dentro del plan Integral del cuidado del paciente | Se atiende consulta programada de MEDICINA INTERNA, se realizó el ejercicio medico profesional usando las herramientas diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente |
| Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón | cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica | se realizó diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos de forma completa de acuerdo con los lineamientos del comité de historia clínica de la subred suroccidente |
| Diligenciar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Intuición y la normatividad vigente | se realizó diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1999 | Se realizó diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1999 |
| Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el Supervisor del Contrato | Se diligencia los RIPS y se hacen firmar por el paciente | Ya no se diligencia RIPS de asistencia, la estadística se lleva sistematizada en el sistema de información Dinámica |
| Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato | Se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud, pensiones y demás, según las normas vigentes | Me encuentro afiliado al sistema así; EPS sanitas, AFP Colpensiones, ARL SURA |
| Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón. por las autoridades respectivas | Cumplo las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, manejo integral de residuos, entre otros. | Me adhiero a la técnica del lavado de manos, segregación de residuos y manual de bioseguridad |
| Presentación de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado | Presenta la cuenta de cobro | Diligencié mi cuenta de cobro con todos los soportes necesarios en plataforma SURESOC |
| Asistencia obligatoria a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos | Asiste a las reuniones de seguimiento del contrato | No se realizo este mes |
| Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional | Brindo un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia. | Trato humanizado a los pacientes, sus familias y compañeros de trabajo |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día | Diligencia historia clínica de acuerdo a los lineamientos institucionales | Diligencie la historia clínica completa, en especial el formato de crónicos con los datos necesarios para la estadística pertinente |
| Presentar las evaluaciones trimestrales programadas por la subred sur occidente para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo | Presenta evaluaciones trimestrales programadas | No se realiza este mes |
| Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional , incluye el cumplimiento de la estrategia "Quítate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente | Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional | Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institución, o en área de alimentación. |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista | Se asume el porcentaje de la glosa de acuerdo con lo anotado en mis obligaciones | No presente glosas a mi cargo este mes |
| En caso de presentar un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato | Planeo la consulta y evito la reprogramación de agendas | Envío de agendas planeadas para evitar reprogramación, no reprogramé agendas este mes |
| Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y subgerencia de servicios de salud los riesgos para la seguridad del paciente dependiendo del servicio como caídas entre otras | Reporta los sucesos de seguridad por los caneles establecidos por la subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E | Reporte los sucesos de seguridad a través del link de la página web de la subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E Código: 92956 |
| Participar activamente en las capacitaciones que sea asignado | Asistí al asegúrate del mes | Asegúrate de mes: Se revisa la presentación de paciente protegido, se contesta pre y post test |
| Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias | Se cumplen con las metas de rendimiento mensual | Cumplí con la meta de rendimiento mensual de la consulta de medicina interna. Rendimiento 2.5 |
| Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción | Revisa la programación de su consulta para evitar cancelaciones | Se revisó de forma adecuada la agenda de consulta del mes, no se realizó cancelación de ningún día programado |

Copia Controlada Subred Suroccidente

**EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO**
NIT: 80214661-9
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CR 72 C 22 A 24 AP 608, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6017222487
Email. jmcontadoresjm@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764100361363 válida desde 2025-10-21 hasta 2026-04-21 rango desde 306 hasta 700.

| | |
|---|---|
| **Nombre o Razón Social:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| **NIT :** | 900959048 |
| **Dirección:** | CL 9 No. 39 - 48, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia |
| **Teléfono:** | 3107560505 |
| **Email:** | coordinacionzonafranca@gmail.com |
| **Forma de Pago:** | Contado |
| **Medio de Pago:** | Transferencia Débito Bancaria |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** | **307** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **11:15:51-05:00** |
| **FECHA FIRMADO:** | **21/10/2025 11:15:54** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 21 | 10 | 2025 | -- | -- | -- |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | HM2 | HONORARIOS MEDICOS - DEL MES DE OCTUBRE 2025 | 94 | 93,00 | $90.133,00 | | | | 0,00 | $8.382.369,00 |

**Notas**:

**SON**: (ocho millones trescientos ochenta y dos mil trescientos sesenta y nueve pesos )
**CUFE**: 6f95f0acc7b500a957311ba0b4a0bf4659d1727af1b0d48f42b639feee4fc9ff665f32d6165e2d32484a5d3bda51e6bb

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $8.382.369,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $8.382.369,00 |

**Firma Digital:** nNQtUAbgJTfgK8Kvl96f2lRPROKrLT7XVktUUDmfL/5Bc2o9axyBrNtRPLiEeqPe
mSad0fWvIxQnZgCBtd3CHYBoY/YLyDtyNK7cEwownbpy4Qx17z
HLmqnntVaXoOL vvB9Un/zKU5k2aSHLEcdO9zrUyOMg8xYx9GTXL1LM5NszaphgiVvJpx5JFMq12MO nTWcw8SfuTZH0rBT5NIsDS7oErhgQ4+l6yQ
yAhRI8ZPXSyk9Q+DB2oBRkAqzWfBg ELuMu84I0US/k2Qm8PoD3ySi4rHqchbO7kz2XEBKyv6aJyL9myDUVEoen2CQdUUw yN4qwpMDMsrzTCEUAuYN
Ew==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

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 80214661 | | TELLEZ GUERRERO EDWIN MAURICIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 72c # 22a - 24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4792102 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1839566912 | 9493090654 | I | 2025/10/15 | 2025/10/09 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $1,754,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $5,672,000 | $907,600 | | | $5,672,000 | $709,000 | | | $0 | $0 | | | $5,672,000 | $138,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $5,672,000 | $907,600 | | | $5,672,000 | $709,000 | | | $0 | $0 | | | $5,672,000 | $138,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $5,672,000 | $907,600 | | | $5,672,000 | $709,000 | | | $0 | $0 | | | $5,672,000 | $138,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 80214661 | TELLEZ EDWIN | 25-14 | 30 | $5,672,000 | $907,600 | EPS005 | 30 | $5,672,000 | $709,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $5,672,000 | $138,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $5,672,000 | $907,600 | | | $5,672,000 | $709,000 | | | $0 | $0 | | | $5,672,000 | $138,200 | | $0 | $0 |

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 80214661 | | TELLEZ GUERRERO EDWIN MAURICIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 72c # 22a - 24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4792102 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1839566912 | 9493090654 | I | 2025/10/15 | 2025/10/09 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $1,754,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $907,600 | $0 | $0 | $907,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $907,600 | $0 | $0 | $907,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $138,200 | $0 | $0 | $138,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $138,200 | $0 | $0 | $138,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $709,000 | $0 | $0 | $709,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $709,000 | $0 | $0 | $709,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$1,754,800** | **$0** | **$0** | **$1,754,800** |