| 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: | MARCO ALEXANDER GUTIERREZ CARBAL | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 9178686 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | m.a.g.c2010@hotmail.com | | | | CELULAR: | 321 8163647 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | KE10B01 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 500078597 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2424 | | | VIGENCIA | | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1865 | FECHA | 2025-09-17 13:39:31.000 | NÚMERO DE CRP | 39680 | FECHA | 2025-09-26 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-11-01 | | 2025-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,620,880 | | | | | |
| 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: | $44,396,128 |
| VALOR EJECUTADO | $44,396,128 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,620,880 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7991800731 | $1,448,352 | $181,044 | $231,736 | 3 | $35,282 | $448,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 |
|---|---|---|
| Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias. | Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades. | Libro de recibo y entrega de turno. |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución. | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades. | Lista de programación de actividades. |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas. | Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido. | Historia clínica manual. |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria. | Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria. | Historia clínica y estadistica enviada por servicio de epidemiología. |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso. | Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso. | Historia clínica manual. |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares. | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato. | Sistema de PQRS |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio. | Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes. | Casos atendidos dentro del turno. |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes. | Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio. | Listas de asistencia a reuniones del área. |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación. | Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio. | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva. |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica. | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares. | Historia clínica manual. |

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 Controlada Subred Suroccidente

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 9178686 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARCO ALEXANDER GUTIERREZ CARBAL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 71 # 2-28 BQ 13 P 103 | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7991800731** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1940371165 |

## 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 | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 231.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 231.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8301138310 | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | $ 181.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 181.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 35.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 35.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 448.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 448.200** |

Planilla Pagada

ARL

Medellin, 26 de noviembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:**

Que **MARCO ALEXANDER GUTIERREZ CARBAL** con documento de identidad **C9178686**, 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 | DEPENDIENTE | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |
| 2025-09-20 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 9178686 | GUTIERREZ | CARBAL | MARCO | ALEXANDER | 2016-06 | Coomeva | COTIZANTE |
| CC | 9178686 | GUTIERREZ | CARBAL | MARCO | ALEXANDER | 2025-11 | Aliansalud | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| Aliansalud | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Aliansalud | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 146 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## ADRES

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

**Sede principal:**
**Centro Empresarial Elemento**
Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

**Horarios de Atención:**
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.coo a través del siguiente enlace: https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd

@AdresColombia

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE FEB 2025.pdf | CUENTA DE FEB 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE MARZO 2025.pdf | CUENTA DE MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE ABRIL 2025.pdf | CUENTA DE ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE MAYO 2025.pdf | CUENTA DE MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE JUNIO 2025.pdf | CUENTA DE JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE JULIO 2025.pdf | CUENTA DE JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf | CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE SEPT 2025.pdf | CUENTA DE SEPT 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE OCTUBRE 2025.pdf | CUENTA DE OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTA

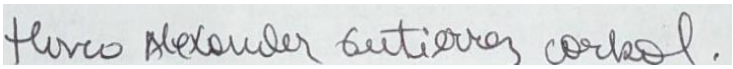
SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCIIDENTE

DECLARACION JURAMENTADA

Yo Marco Alexander Gutiérrez Carbal identificada con cedula 9178686 de San Jacinto Bolívar, declaro que me encuentro a cargo de la menor Ángela Mariana Gutiérrez Porras con RC. 1013023693, motivo por el cual solicito aplicar al alivio tributario.

Atentamente,



Firma

Marco Alexander Gutiérrez Carbal

CC. 9178686

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARCO ALEXANDER GUTIERREZ CARBAL**

**C.C 9178686 DE San Jacinto**

La suma de (TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/cte) (3.620.880) por concepto de: prestación de servicios como médico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2424-2025.

Marco Alexander Gutierrez Carbal.

**MARCO ALEXANDER GUTIERREZ CARBAL**

**C.C 9178686 DE San Jacinto**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 550000500078597**