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:	Sebastian Hinestroza Antolinez								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1020743549			
CORREO ELECTRONICO:	sebastian_hinestrosa@hotmail.com				CELULAR:	3138936390			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10C10	87	BO37C10	13					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	85500031233						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2271			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	2086	FECHA	2025-10-24 12:33:25.000	NÚMERO DE CRP	45383	FECHA	2025-10-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01			2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,223,940					
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:	$148,178,652
VALOR EJECUTADO	$114,649,176
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,223,940
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$33,529,476
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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
9489479452	$6,489,576	$811,197	$1,038,332	3	$158,086	$2,007,615

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

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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
Dar cumplimiento a lo estandadres de producción del servcio asignado según los tiempos establecidos por la institución	Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 7 am - 1 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos, tratamiento e indicaciones médicas, examenes pendientes y/o interconsultas, tipo de aislamiento. Diligenciar de forma clara y legible el instructivo de entrega de turno.	Evoluciones, ingresos, epicrisis y papeleria de egreso.
Entregar turno según los protocolos establecidos para el servicio en el cual realice sus actividades porfesionales	Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 7 am - 1 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos, tratamiento e indicaciones médicas, examenes pendientes y/o interconsultas, tipo de aislamiento. Diligenciar de forma clara y legible el instructivo de entrega de turno.	Asistir de forma habitual según turnos programados, verifico previo a la atencion del paciente los 4 inequivocos para la identificacion, se da informacion verbal y se explica a pacientes y familaires, lavado de manos en 5 momentos, cumplimiento de normas de bioseguridad uso de bata cerrada y tapabocas, guantes etc.
Cumplir con los turmos asignados según la programacion publicada.	Conozco y doy cumplimiento a la programación de turnos asignados por el lider del servicio. Informar de forma oportuna y entregar por escrito el formato de cambio de turnos.	Cumplo con mis turnos programados, en caso de requerirse cambio de turno se diligencia formato de cambio de turno, aviso a mi Líder en caso de calamidad.
Diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 del año 1999.	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento , procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clinica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	Registro completo de la historia clínica: evoluciones, referencias, epicrisis , formulas de egreso y recomendaciones.
Garantizar la información al usuario y a su familia sobre su estado de salud.	Brindo información al paciente en las rondas médicas sobre su estado de salud, reportes paraclinicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara a los familiares en los horarios de visita y /o los designados por el servicio, verificando el conocimiento y comprensión de la información.	Se brinda informacion verbal y se explica la paciente y familiar, se hace uso de la estrategia de cominución redundante, se entregan recomendaciones de egreso por escrito tambien, se explican formulas médicas.

Copia Controlada Subred Suroccidente

Hacer seguimientos a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios.	Realizo la planeación de la evolución médica, asignando responsabilidades durante el turno según disponibilidad del recurso humano. Evaluar evolución o mejoras clínicas y disminución de los riesgos, interrogar signos y sintomas, evolución, valorar nuevamente, analizar evolución del estado clínico y resultados de los procedimientos diagnósticos y/o terapeúticos. Proyectar y registrar un plan de manejo en la historia clínica	Se valoran pacientes priorizando según complejidad, se valoran los pendientes y recomendados según la recomendación de la entrega de turno.
Adherirse a las guias de manejo institucionales.	Conozco las guías de manejo institucionales del servicio de hospitalización y actualización de las mismas cuando asi se realice. Adherirse a los procesos establecidos en las guías de manejo para la atención médica en el servicio de hospitalización. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencie adherencia a las guías médicas.	Conozco las guias institucionlaes, en caso de Md hospitalario, se consignan los manejo y conductas según la directriz dada por el especialista.
Cumplir y vigilar la adherencia de asepsia y antisepsia y adherencia al del manual de Bioseguridad.	Me adhiero a los cinco momentos de lavado de manos, durante el desempeño de las actividades en el servicio de hospitalización. Conocer el manual de bioseguridad de la institución y adherirse a los procesos que se describen.	me adhiero a manual de bioseguridad, lavado de manos se hacen observaciones a pares y demas compañeros de trabajo en caso de detectar alguna falla.
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias	Conozco los eventos del servicio de urme adhiero a manual de bioseguridad, lavado de manos se hacen observaciones a pares y demas compañeros de trabajo en caso de detectar alguna falla.	En los caso pertinentes diligencio formatos de notificacion obligatoria, certificados de defunción oportunamente.
Cumplir con las normas, procedimientos y manules establecidos por la institucion.	Conocer y adherirse a las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución y la actualización de las mismas cuando asi se realice. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencia adherencia.	Cumplimiento con adherencia.
Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los casos que se requieran.	Identifico y realizo las acciones que garanticen la adecuada aplicación de la cadena de custodia. Informar a la jefe de turno y/o persona correspondiente para garantizar el mantenimiento de la cadena de custodia.	No aplica habitualmente.
Realizar la referencia y contraferencia con se requiera, dentro de las estrategea de redes de servcios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	Diligencio de forma oportuna y completa el formato de referencia y contra referencia cuando se requiera. Informar al usuario y sus familiares, acerca del proceso de referencia y contrareferencia. Realizar la actualización del formato de referencia y contrareferencia, cuando asi se requiera.	Se realizan los formatos de referencias completos y oportunamente
Todas las demas activiades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	Mantengo la disposición para realizar las actividades asignadas por el supervisor del contrato y a fines. Conocer los procesos y adherirse a los mismos del área de trabajo asignada, según corresponda.	Con disposición a colaborar en actividades en por de la mejora continua
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunidad y de otra indole que tenga responsabilidad el contratista.	Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora, según corresponda.	No aplica, pues ya no hay retención por glosa.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 Sur Occidente

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 1020743549		HINESTROZA ANTOLINEZ SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 128d#21-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6269511	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1701898095	9489479452	I	2025/08/13	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	2	$2,282,700

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	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	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	1020743549 HINESTROZA SEBASTIAN																		23020 1	30	EPS005	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 1020743549		HINESTROZA ANTOLINEZ SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 128d#21-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6269511	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1701898095	9489479452	I	2025/08/13	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	2	$2,282,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,213,400	$1,700	$0	$1,215,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,213,400	$1,700	$0	$1,215,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,900	$300	$0	$174,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$173,900	$300	$0	$174,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$892,200	$1,200	$0	$893,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$892,200	$1,200	$0	$893,400
TOTAL				**1**	**$2,279,500**	**$3,200**	**$0**	**$2,282,700**

ARL

Medellin, 25 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SEBASTIAN HINESTROZA ANTOLINEZ** con documento de identidad **C1020743549**, 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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a0c5d6123f1293944c1c9c11db851bd6cfe7d01e8a07dad019f53ac998c6228a0538ec2bdf83d4a2e520457d86b54960

Número de Factura: HOK-58
Fecha de Emisión: 24/08/2025
Fecha de Vencimiento: 31/08/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: HINESTROZA ANTOLINEZ SEBASTIAN
Nombre Comercial: HINESTROZA ANTOLINEZ SEBASTIAN
Nit del Emisor: 1020743549
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 33 06 37 AP 1507
Teléfono / Móvil: 3138936390
Correo: sebastian_hinestrosa@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: LA 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: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: TV 74 F No. 40 B 54 SUR
Teléfono / Móvil: 4480700
Correo: opshokginecoped@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	SHA01	Honorarios Medico especializado Mes Agosto contrato 2271 de 2025	NF	180,00	$ 90.133,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.223.940,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
24/08/2025 20:37:10
Documento validado por la DIAN:
24/08/2025 20:37:11
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16223940
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16223940
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16223940
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16223940

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.223.940,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.223.940,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.223.940,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16.223.940,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764091963092 Rango desde: 51 Rango hasta: 100 Vigencia: 2027-04-14