| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MANUEL HUMBERTO GUZMAN | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023954523 | |
| CORREO ELECTRONICO: | manuguz_123@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3143516378 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | AMBULANCIA LIS773 SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO SECUNDARIO | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | N141 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488427158636 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2447 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2293 | FECHA | 2025-11-21 15:49:27.000 | NÚMERO DE CRP | 52848 | FECHA | 2025-11-30 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: | | | $7,241,760 | | | | |
| 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: | $82,556,064 |
| VALOR EJECUTADO | $75,555,696 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,241,760 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7,000,368 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 92% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1076400197 | $3,089,818 | $386,227 | $494,371 | 3 | $75,268 | $955,866 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
1024517336
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | Registro de la Historia clìnica y demas soportes clinicos que soporten la gestion | Auditoria de Historia clìnica |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Manejo de la Privacidad y entrega de la misma en los tiempos asignados | Certificación de entrega de Historias clínicas |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 | Diligenciamiento del Libro de traslados | Verificar el libro de traslados con las Historias clinicas ( certificar el lider de la mòvil) |
| 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Diligenciamiento de la Historia clìnica de acuerdo a la resoluciòn 1995 | Auditoria de Coherencia y pertinencia, Listas de chequeo |
| 5) Participar en la programación de actividades del área. | Asistir a capacitaciones, reuniones y demas actividades donde se convoque la participacion de los contratistas | Actas de asistencia, evaluaciones y demàs que permitan evidenciar la asistencia |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | Realizar acciones en los diferentes programas de la Institución ( programa de seguridad, Humanizaciòn entre otros , medio ambiente) | Adherirse a los programas a través del actuar diario |
| 7) 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. | Notificar eventos adversos, o de no calidad en el proceso en el cual se encuentre | Reporte, Acta de anàlisis de casos de asistencia a anàlisis de caso |
| 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Actividades propias de su actuar como mèdico lider de la tripulacion | Actas en caso de no cumplir el proceso |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento de los registros solicitados en el proceso para el desarrollo de sus actividades | Actas en caso de no cumplir el proceso |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenciamiento de Consentimiento informado, de la Historia clìnica | Auditoria del formato de Historia clìnica con el consentimiento |
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | Registro de la Historia clìnica y demas soportes clinicos que soporten la gestion | Auditoria de Historia clìnica |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Manejo de la Privacidad y entrega de la misma en los tiempos asignados | Certificación de entrega de Historias clínicas |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 | Diligenciamiento del Libro de traslados | Verificar el libro de traslados con las Historias clinicas ( certificar el lider de la mòvil) |
| 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Diligenciamiento de la Historia clìnica de acuerdo a la resoluciòn 1995 | Auditoria de Coherencia y pertinencia, Listas de chequeo |
| 5) Participar en la programación de actividades del área. | Asistir a capacitaciones, reuniones y demas actividades donde se convoque la participacion de los contratistas | Actas de asistencia, evaluaciones y demàs que permitan evidenciar la asistencia |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | Realizar acciones en los diferentes programas de la Institución ( programa de seguridad, Humanizaciòn entre otros , medio ambiente) | Adherirse a los programas a través del actuar diario |
| 7) 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. | Notificar eventos adversos, o de no calidad en el proceso en el cual se encuentre | Reporte, Acta de anàlisis de casos de asistencia a anàlisis de caso |
| 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Actividades propias de su actuar como mèdico lider de la tripulacion | Actas en caso de no cumplir el proceso |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento de los registros solicitados en el proceso para el desarrollo de sus actividades | Actas en caso de no cumplir el proceso |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenciamiento de Consentimiento informado, de la Historia clìnica | Auditoria del formato de Historia clìnica con el consentimiento |

Copia Certificado Subred Suroccidente

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
1024517336
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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-12-12, 08:29:45 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077202716

**Periodo Cotización** 202511 **Periodo Servicio** 202511

**Cliente:**

## PAGADA 2025-12-12

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO | | | | |
| **Documento** | CC 1023954523 | **Dirección** | CL 46A #23 - 10 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3143516378 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1023954523 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | GUZMAN GUERRERO MANUEL HUMBERTO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 3.005.246 | 25-14 | | 16 % | $ 3.005.246 | $ 480.900 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 3.005.246 | $ 375.700 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 3.005.246 | $ 73.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 480.900 | $ 0 | $ 0 | $ 375.700 | $ 73.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 929.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**
**MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO**
**CC. 1023954523 DE BOGOTA**

La suma de **($7241760) Siete millones Doscientos cuarenta y un mil setecientos sesenta pesos moneda corriente,** por concepto de**: desarrollo de las actividades como Médico General** durante el periodo **de 01 al 30 de Noviembre del 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2447-2025**



**Manuel Humberto Guzman Guerrero**

**CC. 1023954523 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 550488427158636**