| 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: | ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79322309 | |
| CORREO ELECTRONICO: | zamir64@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3118769048 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | COLECTOR ANESTESIA HOSPITALARIA USS FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03H01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | CORRIENTE | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 138005384 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2883 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1621 | FECHA | 2025-08-11 11:43:31.000 | NÚMERO DE CRP | 36052 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-12-01 | | 2025-12-25 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $12,960,000 | | | | |
| 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: | $156,960,000 |
| VALOR EJECUTADO | $145,440,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $12,960,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,520,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 92071370 | $5,760,000 | $720,000 | $921,600 | 3 | $140,314 | $1,781,914 |

Dado en Bogotá a los veinticinco(25) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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 SU ESPECIALIDAD | a) Realización de actividades terapéuticas y/o diagnosticas propias de la especialidad de anestesiología, establecidas en el polan integral de salud | b) valoraciones preanestesicas, anestesia general, regional y/o sedaciones |
| 2. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES | a) diligenciamiento de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y/o record anestesia, dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999. | b) se diligenció de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999. |
| 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 | a. registro clínico de todas las actividades e intervenciones relacionados con la prestación del servicio médico de anestesiología | b. Elaboración de historias clínicas, informe anestésico, récord de evolución posoperatoria (Aldrete), así como formulación de medicamentos y solicitud de exámenes médicos, indispensables para la atención del paciente |
| 4. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA | a) Realización de actividades propias de la especialización según programación diaria y/o urgencias | b) participación en actos anestésicos según programación y/o urgencia |
| 5. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE | a. diligenciar formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias. | b. Se diligenciaros formatos de notificación obligatoria tales como eventos adversos e infección intrahospitalaria entre otros |
| 6. 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 | a. Notificación de todas aquellas fallas que se presenten relacionadas con la prestación de servicios médicos de calidad | b. Reporte de eventos adversos, incidencias y/o complicaciones medicas relacionadas con la prestación de servicio médicos. Así como participar en sus respetivos análisis y planes de mejora |
| 7. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE | a) instruir al equipo de salud correspondiente, sobre los procedimientos ordenados al paciente según la especialidad | b) se dio instrucción al equipo de salud a cargo, sobre los procedimientos ordenados al paciente según la especialidad |
| 8. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD | a) diligenciar el récord anestésico en todas las intervenciones en forma oportuna y veraz.<br>Elaborar formato de aldrete en recuperación.<br>elaboración de formato de valoración preanestésica | A. elaboración y registro en Récord de anestesia<br>B. se elaboro formato de aldrete de pacientes en recuperación. |
| 9. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO. | a. Elaborar y diligenciar los consentimientos informados acorde a los procedimientos relacionados con la especialidad | b. Se elaboro y diligencio los consentimientos informados, acorde a los procedimientos |
| 10. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN. | a. Participar en el seguimiento y control postoperatorio de los pacientes sometidos a procedimientos anestésicos. | b. Se realizo seguimiento postoperatorio a los pacientes en los cuales participo en los procedimientos anestésicos respectivos |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | a. Informar al paciente y/o su familia sus condiciones clínicas, alternativas de tratamiento y planes de manejo así como los riesgos inherentes a las intervenciones medicas, tanto en el preoperatorio como en el posoperatorio | b. Se dio información veraz y oportuna a los pacientes en relación con sus condiciones clínicas, alternativas de tratamiento y riesgos inherentes a la atención medica acorde con las especialidad. |
| 12. EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN | a. Emitir conceptos médicos de pacientes y/o procedimientos médicos acorde con su especialidad | b. Se participa en la emisión de conceptos médicos, acordes con la especialidad, cuando fueron requeridos |
| 13. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED. | a) participación medica dando cumplimiento de todas las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud | b) se acato con las normas del sistema obligatorio de garantía en al prestación de servicios de salud |
| 14. ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. | a. información oportuna al supervisor del contrato, de actividades desarrolladas durante la prestación del servicio. | b. informe mensual de actividades realizadas |
| 15. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO | a) Responsabilizarse por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas durante la prestación del servicio | b) Responsabilizarse por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas durante la prestación del servicio |
| 16. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCA PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. | participación en jornadas de inducción y capacitaciones y/o reuniones que sean convocadas durante la prestación del servicio | b. se participo en jornadas de capacitación y reuniones informativas programadas por la subred |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 17. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS | a. Conocimiento y participación de los procedimientos establecidos por la subred | b. se acoge a las guías de manejo medico establecidas por la subred |
| 18. APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES | a. Apoyar a la Subred, de acuerdo con la especialidad, según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | b. Se apoya a la subred según requerimientos en actividades interinstitucionales y extrainstitucionales |
| 19. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED. | a. elaboración de registro de procedimientos, actividades y/o actividades definidas por la subred | b. se elaboro registro de actividades realizadas durante el desempeño de la especialidad |
| 20. PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS | a. Participar en procesos de investigación y/o alternativas de diagnostico, e intervención adelantados en al subred | b. actualmente no hay procesos de investigación en curso en el área de desarrollo de actividades propias del servicio |
| 21. REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO | No aplica | No aplica |
| 22. ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE | a) anexar mensualmente a la cuenta de cobro constancia pago sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales. | b) se anexa a cuenta de cobro constancia pago planilla de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales. |
| 23. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO | a) Participar y realizar actividades asignadas acordes con el contrato | b) Se participo en todas las actividades asignadas acordes con el contrato |

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL**, identificada con **CC** número **79322309**, aportó por **ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL** identificado(a) con **CC** número **79322309** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2025 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $17,200,000 | 0.16000 | $2,752,000 | $86,000 | $86,000 | Noviembre - 2025 | 92071370 | 04/12/2025 | NO |
| 14-11 | ARL SURA | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $17,200,000 | 0.02436 | $419,000 | $0 | $0 | Noviembre - 2025 | 92071370 | 04/12/2025 | NO |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $17,200,000 | 0.12500 | $2,150,000 | $0 | $0 | Noviembre - 2025 | 92071370 | 04/12/2025 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **3** días del mes **Diciembre**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.




**ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL**
NIT 79.322.309-1
110121
Tel: (031) 7627039 - (311) 8769048
Bogotá - Colombia
zamir64@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. Z 285**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCIDENTE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (031) 7560505 |
| **Dirección** | calle 9 numero 39 -46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 18/12/2025, 20:24 |
| **Expedición** | 18/12/2025, 20:24 |
| **Vencimiento** | 18/12/2025 |

| Ítem | Código | Nombre producto | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | F-7 | HORA | 108.00 | 120,000.00 | 12,960,000.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 12,960,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 12,960,000.00 |

**Valor en Letras:**
Doce millones novecientos sesenta mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 12,960,000.00

**Observaciones:**
1. Por concepto servicios médicos especializados en Anestesiología prestados en LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, del 01 al 31 de DICIEMBRE de 2025. Según contrato de presentación de servicios número 2883-2025,
2. Autorizo a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE, consignar el Valor correspondiente en la cuenta corriente N° 138005384 del banco BBVA Colombia

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

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 18764091472790 aprobado en 20250402 prefijo Z desde el número 251 al 300 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0.96
**CUFE:** c86c77c87b756d76672be61a193b5d711b6848e7d189dac8d6e4ff6e99720f8e7ee1a54ce24902835fcc2cfe28c26be1