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:	FARHI ALONSO DELGADO MEDINA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79958427			
CORREO ELECTRONICO:	farhidelgado@yahoo.com				CELULAR:	6016415087			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10I06	70	KE10B04	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2570060380						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2305			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3694	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2026-01-01		2026-01-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$10,815,960					
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:	$128,169,126
VALOR EJECUTADO	$128,169,126
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,815,960
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
9497913321	$4,326,384	$540,798	$692,221	3	$105,391	$1,338,410

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA

NIT: 79958427-0
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 115 50 71, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3022921449
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2026 hasta: 31/01/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764095910274 válida desde 2025-07-22 hasta 2026-01-22 rango desde FE245 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	9009590048
Nombre o Razón Social:	sub red integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e
Dirección:	cl 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	gerencia@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE255
Fecha Emisión	21/01/2026 07:37:39-05:00
Fecha Vencimiento	10/02/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	10/02/2026
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA	WSD	120,00	$90.133,00				0,00	$10.815.960,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$10.815.960,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$10.815.960,00

CUFE:	a14747a047c123e89ffef121d0a494442e12ecea72dab1be7f4368e36b37be4269e605f6094e13fcf8725800a73bc075
Total con letra:	(diez millones ochocientos quince mil novecientos sesenta pesos)

Firma Digital: W825XpAAoVW2hD4HC2bgzOhmI8tJ/a1AVs3z4CN/6eMwFTd/sCFSOejeYepj5oDe
xjWd+Fyj3+DMtTVHgKjnSBc4sL/zD9T6Uea7ncsZOzef5dkndY
XCxzS5XThPTFsa 5BrBMlKPYPqi5qxJTLeDOskklw/Xf3aDkUNS5a6qULWmxstHHe3WwW562fu5CFkQ 712q0sASmaQW5OpnINwVURjfAeS8hD7DqDp
nsmtzYz5jEedLrCxXfwxZkT3AHM+d FIrkTY6bAIAUGNnp8XrayvFZyfLIjEViy164oXBZVcOCx4FyoU58ZLsgaoqDTEl7 G0Q+msfhENnBtTDgKXJb
BA==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2026 hasta: 31/01/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2082977950	9497913321	I	2026/01/08	2026/01/15	BANCO DAVIVIENDA	7	$1,367,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$0	$0
1	CC	79958427 DELGADO FARHI	230301	30	$4,400,000	$704,000	EPS001	30	$4,400,000	$550,000		0	$0	$0	14-11	30	$4,400,000	$107,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$4,400,000	$704,000			$4,400,000	$550,000			$0	$0			$4,400,000	$107,200		$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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2082977950	9497913321	I	2026/01/08	2026/01/15	BANCO DAVIVIENDA	7	$1,367,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$704,000	$3,100	$0	$707,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$704,000	$3,100	$0	$707,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$107,200	$500	$0	$107,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$107,200	$500	$0	$107,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$550,000	$2,400	$0	$552,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$550,000	$2,400	$0	$552,400
TOTAL				**1**	**$1,361,200**	**$6,000**	**$0**	**$1,367,200**

Medellín, 21 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FARHI ALONSO DELGADO MEDINA identificado(a) con C79958427 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C799584272602147316

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18