

					Versión 3			
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:			ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1018421370
CORREO ELECTRONICO:			alexander.guezguan@gmail.com			CELULAR:		3023885024
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570176570033561				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4494			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	962	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:				\$5,948,778				
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:						\$47,860,623		
VALOR EJECUTADO						\$44,886,234		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,948,778		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,974,389		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						94%		
El intervisor 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		
9497272072	\$3,028,469	\$378,559	\$484,555	3	\$73,773	\$936,887		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
jefersson andres orjuela ayala 1022360481 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								

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 diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica
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 determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	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 determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución
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 éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión 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

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
315adf7e8c57280c241efb8ac87e015b28a348799ac68ee2b0aca91e6977575dc170ae33c3808eca409a687fe42fe902

Número de Factura: FE-41

Fecha de Emisión: 06/01/2026

Fecha de Vencimiento: 06/01/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER

Nombre Comercial: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER

Nit del Emisor: 1018421370

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Boyacá

Municipio / Ciudad: Tunja

Dirección: CR 4 E N 47 C 48 CA 9

Teléfono / Móvil: 3023885024

Correo: alexander.guezguan@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: 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: CL 9 39 45

Teléfono / Móvil: 4546800

Correo: gerencia@subredsuoccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	SERVICIOS PRFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA MES DE ENERO DE 2026	HUR	66,00	\$ 90.133,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 5.948.778,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
06/01/2026 18:49:20
Documento validado por la
DIAN:
06/01/2026 18:49:21
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	5948778
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5948778
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	5948778
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5948778

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	5.948.778,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5.948.778,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	5.948.778,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5.948.778,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764091765158 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-04-09

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018421370		GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 134 a n 10 b 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103812100	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2050093034	9497272072	I	2026/01/20	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	\$3,832,400

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)					\$12,000,000	\$2,040,000			\$12,000,000	\$1,500,000			\$0	\$0			\$12,000,000	\$292,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$12,000,000	\$2,040,000			\$12,000,000	\$1,500,000			\$0	\$0			\$12,000,000	\$292,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$12,000,000	\$2,040,000			\$12,000,000	\$1,500,000			\$0	\$0			\$12,000,000	\$292,400		\$0	\$0
1	CC	1018421370	GUEZGUAN JONATHAN	230301	30	\$12,000,000	\$2,040,000	EPS005	30	\$12,000,000	\$1,500,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$12,000,000	\$292,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$12,000,000	\$2,040,000			\$12,000,000	\$1,500,000			\$0	\$0			\$12,000,000	\$292,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018421370		GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 134 a n 10 b 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103812100	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	2050093034	9497272072	I	2026/01/20	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,832,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000	
TOTAL				1	\$3,832,400	\$0	\$0	\$3,832,400	



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ identificado con CC. 1018421370 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	Empresa Contratante 723 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
Tipo y Numero de Documento	NI - 900959048

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/16	Fecha inicio contrato	2026/01/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	3	Código actividad económica	2862102 - Actividades de la practica medica, sin internacion; incluye la practica medica realizada a pacientes externos o
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21012026J1018421370G2386948**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

