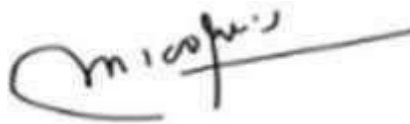


**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**NICOLAS SILVA GALVIS**  
**C.C.1098631942 DE BUCARAMANGA**

La suma de \$5.376.726 (CINCO MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTI SEIS PESOS) por concepto de prestación de servicios como MEDICO GENERAL EN CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 1 al 28 DE FEBRERO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1392-2026.



**NICOLAS SILVA GALVIS**  
**C.C 1098631942 DE BUCARAMANGA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 91272717287**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                        |                                          |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                        | NICOLAS SILVA GALVIS                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                        | C.C                                      | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1098631942 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                        | nicolas.silva1219@gmail.com              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3016778952 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                        |                                          |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                        | C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                      |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA35A10           | 100                                    |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A                        |                                          |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                        | 91272717287                              |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4537                                   |                                          |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 248               | FECHA                                  | 2026-01-09 00:00:00.000                  | NÚMERO DE CRP       | 2247                             | FECHA         | 2026-01-09 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                        | DESDE                                    | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          | 2026-01-01          |                                  |               | 2026-01-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                        |                                          | \$5,458,880         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                        |                                          |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                        |                                          |                     |                                  | \$46,025,182  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     |                                  | \$32,098,306  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                        |                                          |                     |                                  | \$5,458,880   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                        |                                          |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                        |                                          |                     |                                  | \$13,926,876  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                        |                                          |                     |                                  | 70%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9497955693                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,279,082       | \$284,885                              | \$364,653                                | 3                   | \$55,518                         | \$705,057     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| IBET JUSSEFF MORA MURCIA<br>52973584<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                        |                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.                                                                           | Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno                                     | Se adjunta excel de RIPS correspondiente del mes de noviembre/2025 con los diferentes tipos de historia que se realizaron durante el mes de los diferentes paciente                                                                                                                                                       |
| Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente                                                                                          | Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos                                                                              | Se adjunta excel de RIPS correspondiente del mes de septiembre/2025 con los diferentes tipos de historia que se realizaron durante el mes de los diferentes pacientes                                                                                                                                                     |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, realizando la reposición de inasistentes | Realizar las actividades establecidas de autocontrol para dar cumplimiento al indicado                                                                          | Se adjunta el Excel de autocontrol del indicador de rendimiento a corte del 19 de noviembre con 227 atenciones realizadas y indicador de 2.60% de cumplimiento                                                                                                                                                            |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades                                                                           | Realizar las acciones de mejora pertinentes para mejorar los procesos institucionales en la unidad                                                              | Evidencia en el registro de historias clínicas, adherencia a guías y procesos institucionales                                                                                                                                                                                                                             |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.                                                                                           | Realización de actividades establecidas a necesidad del servicio en el mes de septiembre                                                                        | Agenda - Historia Clínica Al corte 2E JULIO 2025 se han realizado consultas Se adjunta PDF de lista de citas cumplida                                                                                                                                                                                                     |
| Realizar el optimo proceso de traslado internos del paciente cuando se requiera a servicios de mayor complejidad de acuerdo con la normatividad vigente.                                                                 | Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso                                                                   | Durante el mes de septiembre se realizaron un traslado a servicios de mayor complejidad                                                                                                                                                                                                                                   |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                               | Apoyo en las diferentes estrategias establecidas para ayudar a la identificación de los factores de riesgo que hagan parte de la vigilancia epidemiológica      | Se adjunta EXCEL con cantidad de fichas de notificación por sistemas de vigilancia correspondientes al mes de septie,bre                                                                                                                                                                                                  |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.                                                                                                                     | plicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales                                                 | Se adjunta PDF de socialización de auditorías retrospectivas que socializaron en el mes de noviembre                                                                                                                                                                                                                      |
| Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.                                                                             | Informar acerca de las anomalías presentadas en la prestación del servicio                                                                                      | Se anexa PDF de reportes de sucesos de seguridad con relación a caída del sistema DINAMICA del mes de julio reporte de suceso                                                                                                                                                                                             |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convoque .                                                                                                                    | Se anexa PDF de reportes de sucesos de seguridad con relación a caída del sistema DINAMICA del mes de julio reporte de suceso                                   | Se envía pantallazo de entrega de productos sobre las obligaciones contractuales del mes de septiembre                                                                                                                                                                                                                    |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, alm era y reporte de suceso de seguridad.                                           | Participación en las diferentes actividades programadas                                                                                                         | Se adjunta PDF de las listas de las actas de las reuniones del mes                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.                                                                                      | Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas                                                                                   | Durante el mes de septiembre no se entregaron historias clínicas físicas al área de gestión documental                                                                                                                                                                                                                    |
| Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, de igual manera si llega a presentar un caso de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta              | Informar al líder el estado de las agendas Informar a mi supervisor del contrato de manera oportuna mi ausencia a la consulta                                   | Notificación oportuna al líder con novedades de la agenda ofertada que no este completa Informar de los inasistentes para reposición de los mismo. Se adjunta PDF de la agenda concertada del mes septiembre                                                                                                              |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                         | Diligenciamiento completo y adecuado del consentimiento informado acorde al procedimiento                                                                       | No se realizaron consentimientos informados durante el mes de JULIO                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                | Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad | en las historias clínicas y durante el proceso de atención se manejo la apropiación de la plataforma estratégica, Enfoque de acuerdo con Misión y Visión de la Subred Suroccidente e Implementación de valores y principios institucionales se encuentra registrado en el sistema de información de cada historia clínica |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                           | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrat   | Durante el mes de JULIO no hay finalización del contrato por lo tanto no se adjunta actas de elementos entregados                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente con su debido registro, en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del came institucional | Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos                                                                                                                   | Se adjunta PDF de la carpeta de limpieza que evidencian el proceso de desinfección                                    |
| Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc                                                                                                | Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Se adjunta PDF del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del Mes de JULIO 2025  |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                       | Usar adecuadamente la bata y el carnet según el lineamiento institucional                                                                                                       | Mantener la presentación personal según lo propuesto por los lineamientos                                             |
| Estar presto a la demás necesidades que se requieran                                                                                                                                                                                                                           | Realización de actividades establecida                                                                                                                                          | Disponibilidad para acceder a las estrategias del trabajo en equipo y asignadas por el líder o supervisor de contrato |

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                   |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
|-------------------------------------------------|----------------|------------|---------------|----------------------|------------|----|-----|----------|-----------------|------------|-----|------------|---------|--------------------|------|-----|----------------|-----|-------------|---------------------|--------|------|-------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----|--------|--------|------|-------------|--------|-------------|----------|-----|-----|
| Identificación                                  |                |            | dv            | Razon Social         |            |    |     |          | Clase Aportante |            |     |            |         | Sucursal Principal |      |     | Direccion      |     |             | Ciudad-Departamento |        |      | Teléfono    |           | Exonerado SENA e ICBF |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| CC 1098631942                                   |                |            |               | NICOLAS SILVA GALVIS |            |    |     |          | INDEPENDIENTE   |            |     |            |         | Principal          |      |     | cra 38 # 14-11 |     |             | BOGOTA-BOGOTA D.E.  |        |      | 3016778952  |           | No                    |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION               |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| Periodo                                         |                |            | Clave         |                      |            |    |     | Tipo     |                 | Fecha      |     |            |         |                    | Pago |     |                |     |             |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| Pensión                                         |                | Salud      | Pago          |                      | Planilla   |    |     | Planilla |                 | Limite     |     | Pago       |         | Banco              |      |     | Dias Mora      |     | Valor       |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| 2026-01                                         |                | 2026-01    | 68232339      |                      | 9499732342 |    |     | I        |                 | 2026/02/10 |     | 2026/02/16 |         | DAVibank S.A.      |      |     | 6              |     | \$1,198,900 |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           |                       |           |             |           |             |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| EMPLEADO                                        |                |            | NOVEDADES     |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            | PENSION |                    |      |     | SALUD          |     |             |                     | CCF    |      |             |           | RIESGOS               |           |             |           | PARAFI      |           |     |        |        |      |             |        |             |          |     |     |
| No.                                             | Identificación |            | Nombre        | ing                  | ret        | de | tae | tdp      | tap             | vsp        | cor | lst        | sln     | ige                | lma  | vac | avp            | vch | irt         | ivp                 | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo                | Dias      | IBC         | Aporte    | Codigo      | Dias      | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Tarifa | Aporte      | Dias     | IBC |     |
| SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)               |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           | \$3,860,000           | \$617,600 |             |           | \$3,860,000 | \$482,500 |     |        | \$0    | \$0  |             |        | \$3,860,000 | \$94,100 |     | \$0 |
| Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)      |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           | \$3,860,000           | \$617,600 |             |           | \$3,860,000 | \$482,500 |     |        | \$0    | \$0  |             |        | \$3,860,000 | \$94,100 |     | \$0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           | \$3,860,000           | \$617,600 |             |           | \$3,860,000 | \$482,500 |     |        | \$0    | \$0  |             |        | \$3,860,000 | \$94,100 |     | \$0 |
| 1                                               | CC             | 1098631942 | SILVA NICOLAS |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     | Z3020  | 30   | \$3,860,000 | \$617,600 | EPS005                | 30        | \$3,860,000 | \$482,500 |             | 0         | \$0 | \$0    | 14-11  | 30   | \$3,860,000 | 2.436% | \$94,100    | 0        | \$0 |     |
| Total Afiliados (1)                             |                |            |               |                      |            |    |     |          |                 |            |     |            |         |                    |      |     |                |     |             |                     |        |      |             |           | \$3,860,000           | \$617,600 |             |           | \$3,860,000 | \$482,500 |     |        | \$0    | \$0  |             |        | \$3,860,000 | \$94,100 |     | \$0 |

## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$617,600          | \$2,400        | \$0                    | \$620,000          |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$617,600          | \$2,400        | \$0                    | \$620,000          |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$94,100           | \$400          | \$0                    | \$94,500           |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$94,100           | \$400          | \$0                    | \$94,500           |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$482,500          | \$1,900        | \$0                    | \$484,400          |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$482,500          | \$1,900        | \$0                    | \$484,400          |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,194,200</b> | <b>\$4,700</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$1,198,900</b> |