DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

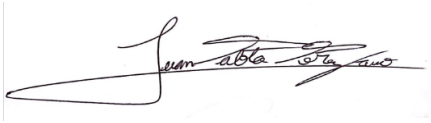
NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

JUAN PABLO PÉREZ CANO

C.C 1.005.626.206 BARRANQUILLA

La suma de $6.536.412 (SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DOCE 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 31 MARZO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1424-2026.



JUAN PABLO PÉREZ CANO

C.C 1.005.626.206 BARRANQUILLA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 44202348987

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

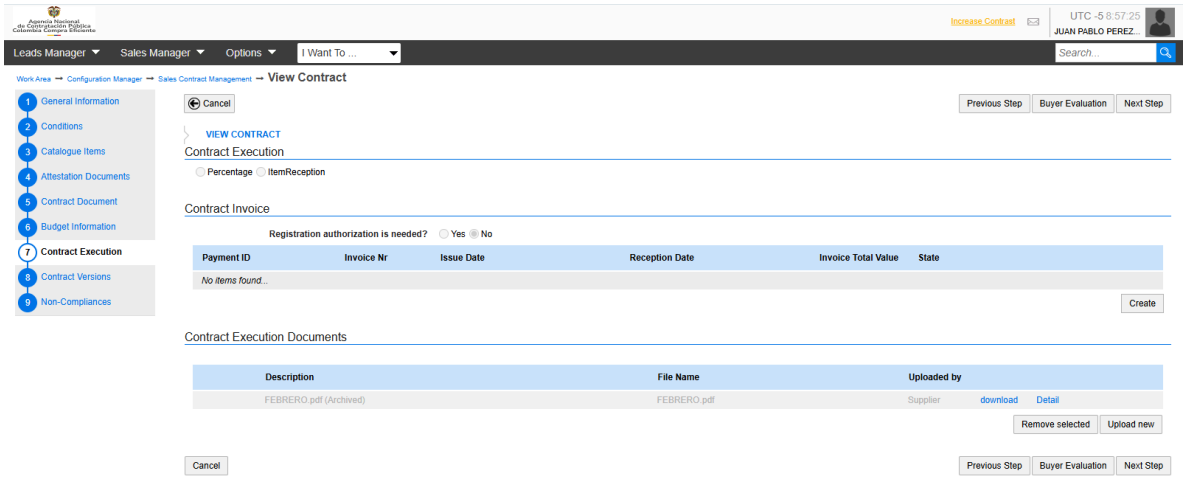
Información Básica del Afiliado :

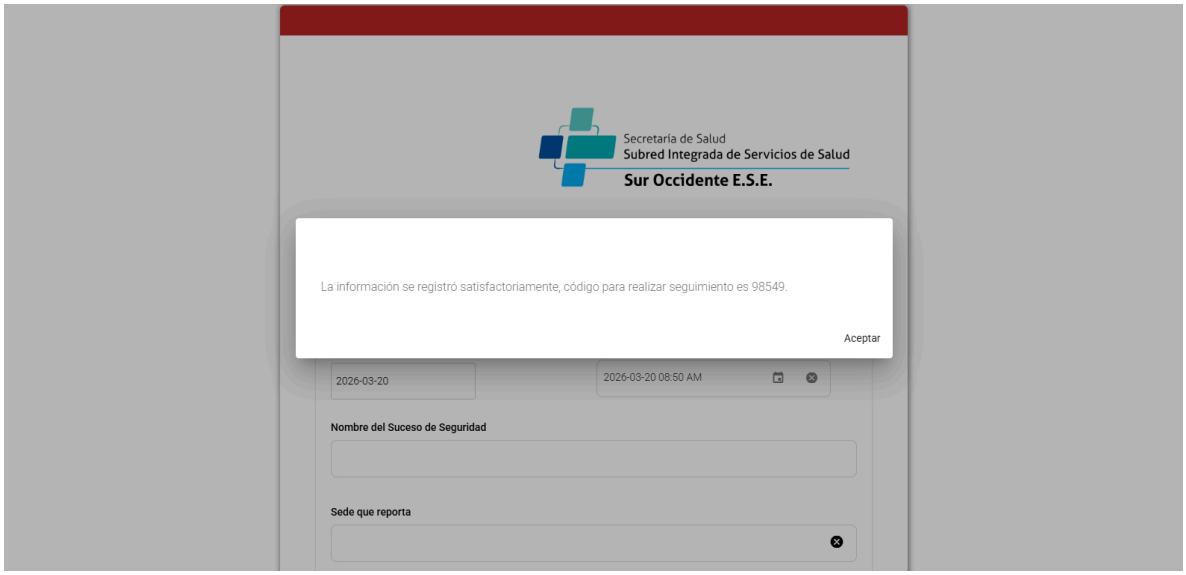
COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1005626206
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	PEREZ CANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 02/25/2026 13:18:19 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220






Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E
Guía abordaje primera, segunda y tercera víctima ante la ocurrencia de un potencial evento adverso
Se registró la información con éxito
Aceptar
Post Test
Pregunta requerida
Nombre del participante:
Pregunta requerida
Número de cédula:


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E
Guía abordaje primera, segunda y tercera víctima ante la ocurrencia de un potencial evento adverso
Se registró la información con éxito
Aceptar
Post Test
Pregunta requerida
Nombre del participante:
Pregunta requerida
Número de cédula:

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:	JUAN PABLO PEREZ CANO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1005626206	
CORREO ELECTRONICO:	juanpabloperezc2001@hotmail.com				CELULAR:	3158259723	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	44202348987				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1424			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	12026	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-02-01		2026-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,536,412				
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:	$26,145,648
VALOR EJECUTADO	$6,536,412
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,536,412
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$19,609,236
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
40433152	$2,538,379	$317,297	$406,141	3	$61,835	$785,273

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

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
Practicar las valoraciones e intervenciones médicas necesarias, estableciendo diagnósticos y prescribción del tratamiento acorde con la patología diagnóstica.	intervenciones de medicina realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica	exel de produccion del mes en el que este generando la cuenta de cobro (listado de citas)
Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred.	valoracion integral con los usuarios	pdf de citas asigamadas en el mes
Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes; así mismo, abstenerse de realizar manipulación de agendas.	en el mes de ebrero se realizaron o se lleva a la fecha nuemero de consultas con cumplimiento del indicador de rencimiento en	informe excel de produccion del mes (descarga de informacion oficial)
Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades.	NO APLICAN PARA LA OBLIGACION CONTRACTUALCOMO PRODUCTO SE DEBE VERIFICAR SI EXISTEN EN EL MOMENTO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA QUE SE ANEXEN O DE LO CONTRARIO COLOCAR EN EL MOMENTO NO SE PRESENTO PLAN DE MEJORA EN EL MES DE	NO APLICAN PARA LA OBLIGACION CONTRACTUALCOMO PRODUCTO SE DEBE VERIFICAR SI EXISTEN EN EL MOMENTO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA QUE SE ANEXEN O DE LO CONTRARIO COLOCAR EN EL MOMENTO NO SE PRESENTO PLAN DE MEJORA EN EL MES DE
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de indicadores de pyd, consulta resolutiva, prioritaria, rendimiento y productividad en el área o servicio asignado.	anexar el listado de citas cumplidads	anexar el listado de citas cumplidads
Realizar de manera óptima la gestión y registro de los formatos correspondientes para el traslado interno de los pacientes, cuando se requiera remisión a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	NOA CORDES CON LA OBLIGACION CONTRACTUAL, SI NO SE PRESENTAN COLOCAR EN EL PRODUCTO QUE DURANTE LAS ATENCIONES NO SE REALIZA TRASLADOS INTERNOS QUE REQUEIRAN DE UNA VALORACION POR UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD . EN CATIVIDAD SE COLOCO QUE LOS TRASLADOS INTERNOS SE REALIZAN CON LA ESTRATEGIA SAER....	NOA CORDES CON LA OBLIGACION CONTRACTUAL, SI NO SE PRESENTAN COLOCAR EN EL PRODUCTO QUE DURANTE LAS ATENCIONES NO SE REALIZA TRASLADOS INTERNOS QUE REQUEIRAN DE UNA VALORACION POR UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD . EN CATIVIDAD SE COLOCO QUE LOS TRASLADOS INTERNOS SE REALIZAN CON LA ESTRATEGIA SAER....
Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA.	EN PDF ANEXAR LAS FICHAS DE NOTIFICACION QUE SE REALIZARON EN EL MES EJEMPLO SIVISTRA	EN PDF ANEXAR LAS FICHAS DE NOTIFICACION QUE SE REALIZARON EN EL MES EJEMPLO SIVISTRA
Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales."	Aplica para auditoria si no se socializaron ,se coloca que se cumplio con la obligacion evidenciado en las hcl que se realizaron en el mes pero si existe auditoria socializada se debe discriminar que auditoria y porcentaje de cumplimiento.	Aplica para auditoria si no se socializaron ,se coloca que se cumplio con la obligacion evidenciado en las hcl que se realizaron en el mes pero si existe auditoria socializada se debe discriminar que auditoria y porcentaje de cumplimiento.
Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades."	pantallazo del correo de los informes que enviaron por cada carpeta	pantallazo del correo de los informes que enviaron por cada carpeta
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	actas lsc	actas lsc
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad.	pdf los ticket ,sucesos de seguridad	pdf los ticket ,sucesos de seguridad
Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	durante el mes se garantizo la custodia de la informacion en el sistema dinamica	se entrego hc al area de gestion documental
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta.	durante el mes no se presentaron novedades con respecto a la agenda	agenda
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Durante el mes de se realiza la adherencia a las normas estipuladas desde el area de calidad para la mejora continua	Durante el mes de se realiza la adherencia a las normas estipuladas desde el area de calidad para la mejora continua
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	si se llega a terminar contrato adjntar acta de activos fijos	si se llega a terminar contrato adjntar acta de activos fijos
Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos ni nombres de otras instituciones) y portar el carné institucional durante la consulta.	escaer de carpeta de limpieza y desinfeccion	escaer de carpeta de limpieza y desinfeccion

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional.	NO SE PRESENTARON QUEJAS Y SI HAY FELICITACIONES ANEXARLA	NO SE PRESENTARON QUEJAS Y SI HAY FELICITACIONES ANEXARLA
Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios.	REPORTE DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD	REPORTE DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD
Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc.	durante el mes de marzo se realizo pago de aporte a seguridad social del mes de	ADJUNTAR PLANILLA DE PAGO
Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto del contrato.	durante el mes de realizaron las actividades de acorde al contrato	na
Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio.	Segun el perfil requerido los cursos que me sean solicitados	verificar la vifenmcia d elos cursos

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

Copia Certificada
Subred Surocciente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1005626206	JUAN PABLO PEREZ CANO	Calle 129 # 8-8	7587056	juanpabloperezc2001@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49413843	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$813.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	326.900	0		0		0	8	1.700	0	328.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	418.400	0	0	0	0	8	2.200	0	420.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	63.800				63.800	8	400	64.200			638	64.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	326.900	328.600
Pensión	1	418.400	420.600
Riesgos Laborales	1	63.800	64.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	809.100	813.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1005626206	JUAN PABLO PEREZ CANO	Calle 129 # 8-8	7587056	juanpabloperezc2001@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49413843	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$813.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1005626206	PEREZ CANO JUAN PABLO	57	0			N																	25-14	2.615.000	30	418.400	0	0	0	0	EPS010	2.615.000	30	326.900	14-11	2.615.000	30	3	63.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información