

					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:			John Rafael Castro Lara					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79053213
CORREO ELECTRONICO:			johncas2006@gmail.com			CELULAR:		6018759513
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			4870191899				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		367			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	932	FECHA	2026-04-16 16:00:56.000	NÚMERO DE CRP	16134	FECHA	2026-04-23 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA CUIDADO CRITICO O INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-04-01			2026-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$19,117,140				
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:						\$77,515,320		
VALOR EJECUTADO						\$55,712,808		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$19,117,140		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$21,802,512		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						72%		
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		
6011033601	\$7,646,856	\$955,857	\$1,223,497	3	\$186,277	\$2,365,631		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
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.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 :
dc47b04a548e46c9f742a53073d03cab69430551f3da1089f18678d50f1dca71e251da6276d13166c3cf316114ae6dc9

Número de Factura: 1178

Fecha de Emisión: 19/04/2026

Fecha de Vencimiento: 19/04/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Orden de pedido: 153

Fecha de orden de pedido: 19/04/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTRO LARA JOHN RAFAEL

Nombre Comercial: CASTRO LARA JOHN RAFAEL

Nit del Emisor: 79053213

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Cundinamarca

Municipio / Ciudad: Cota

Dirección: VTE COTA-CHIA KM 1 5 CONJ PALO DE AGUA CA IGUAQUE 37

Teléfono / Móvil: 3108739697

Correo: johncas2006@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: 9009590484

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-23

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: Calle 9 #39 -46

Teléfono / Móvil: 6013753569

Correo: facturacionelectronica@subredsuroccidente.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	010	Honorarios por prestación de servicios médicos especializados Periodo Abril de 2026	LH	210,00	\$ 91.034,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 19.117.140,00

Notas Finales

A PARTIR DEL MES DE FEBRERO DE 2023 ME ENCUENTRO REGISTRADO EN REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Línea de negocio: EFECTUAR PAGO EN DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No 004870191899

Datos Totales



Documento generado el:
19/04/2026 17:54:34
Documento validado por la
DIAN:
19/04/2026 17:54:35
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	19117140
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19117140
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19117140
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19117140

Valores informativos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	19.117.140,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.117.140,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.117.140,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19.117.140,00

Valores informativos

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

Numero de Autorización: 18764101798260 Rango desde: 1162 Rango hasta: 1500 Vigencia: 2026-05-20

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					79053213				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					JOHN RAFAEL CASTRO LARA					NÚMERO PLANILLA:					6011033601				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CUNDINAMARCA					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					PALO DE AGUA BURBUJA IGUAQUE CASA 37					DÍAS DE MORA:					marzo AÑO				
TIPO APORTANTE:					02-INDEPENDIENTE					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
TIPO EMPRESA:					PRIVADA					2026					marzo AÑO				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					ÚNICO					2026/04/06					NÚMERO AUTORIZACIÓN:				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO					199957679									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 2.928.000	\$ 0	\$ 0	\$ 91.500	\$ 91.500	\$ 0	\$ 0	\$ 3.111.000	\$ 0	\$ 3.111.000
SUBTOTALES:										\$ 3.111.000	\$ 0	\$ 3.111.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500
SUBTOTALES:													\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 445.800	\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 445.800
SUBTOTALES:									\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 445.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																													
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC					TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 79053213	CASTRO LARA JOHN RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 17.800.000			NO	R-01									01-31									25-14 COLPENSIONES	30	18.300.000	\$ 2.928.000	\$ 91.500	\$ 91.500	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 3.111.000	EPS001-ALIANSA LUD S.A	30	18.300.000	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 2.287.500	14-11 - ARL SURA	30	18.300.000	\$ 79053213	\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0								

Medellin, 20 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JHON RAFAEL CASTRO LARA** con documento de identidad **C79053213**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-03-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

• Medellín 604 4444578
• Bogotá 601 4055911
• Cali 602 3808938
• Pereira 606 3138400

• Manizales 606 8811280
• Bucaramanga 607 6917938
• Cartagena 605 6424938
• Barranquilla 605 3197938

• Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
• Línea de conciliación ARL 3103157562
• sura.co/arl