| 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: | JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ BERMUDEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1098771514 | |
| CORREO ELECTRONICO: | JOSEALEJANDRORODRIGUEZMD@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3005122837 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C EXT PSIQUIATRIA HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A17 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488416111877 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1478 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 292 | FECHA | 2026-01-19 06:16:59.000 | NÚMERO DE CRP | 12077 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2026-02-01 | HASTA | FECHA FINAL 2026-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $8,641,560 | | | | |
| 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: | $34,566,240 |
| VALOR EJECUTADO | $8,641,560 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $8,641,560 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $25,924,680 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46591795 | $3,164,800 | $395,600 | $506,368 | 3 | $77,095 | $979,063 |

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 |
|---|---|---|
| Realizar la consulta externa de psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., unidad de servicios de salud nuevas dellicias y/o donde el supervisor del contrato lo requiera | Realizo la consulta externa de psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., unidad de servicios de salud nuevas dellicias y/o donde el supervisor del contrato lo requiera | historia clinica |
| Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico. | Diligencio la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico. | historia clinica |
| Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por la subred sur occidente y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia. | Aplico las guías de manejo clínico aprobadas por la subred sur occidente y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia. | historia clinica |
| Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio | Cumplo oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio | historia clinica y respuestas a interconsiultas |
| Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditorías internas y externas | Participo activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditorías internas y externas | auditorias |
| Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia | Doy un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia | No qujas por trato dehumanizado |
| Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras | Reporto en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras | fichas de notificacion y aplicativos que correspondan |
| Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades en aplicativo suresoc | Presento de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades en aplicativo suresoc | Cuenta de cobro con respectivos soportes |
| Cumplir con los estándares de acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución | Cumplo con los estándares de acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución | Hitoria clinica |
| Participar activamente a las capacitaciones a las que sea asignado. | Participo activamente a las capacitaciones a las que sea asignado. | LSC y reuniones que me sean programadas |
| Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias | Cumplo con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias | informe de produccion |
| Contribuir al mejoramiento de la oportunidad y acceso a la consulta de psiquiatría tenien en cuenta la productividad, mediante estrategias acordadas con la supervisión del contrato | Contribuyo al mejoramiento de la oportunidad y acceso a la consulta de psiquiatría tenien en cuenta la productividad, mediante estrategias acordadas con la supervisión del contrato | reposicion de pacientes e historias clinicas |

Copia Control
Subred Sur Oriente

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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

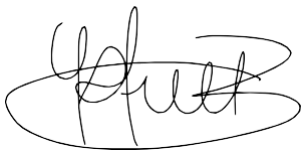
Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT 900.959.048.4**

**DEBE A**

**JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ BERMUDEZ**
**CC 1098771514 de BBucaramanga**

La suma de **Ocho millones seiscientos cuarenta y un mil quinientos sesenta pesos M cte.** $8.641.560 concepto de prestación de servicios en el área asistencial en el Hospital de bosa PSIQUIATRA en consulta externa, durante el periodo 1 al 28 de FEBRERO de 2026 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N.1478-2026



**JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ BERMUDEZ**

**CC 1098771514 de Bucaramanga**

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0550488416111877

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 | 1098771514 | JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ BERMUDEZ | Calle 114#56-75 Apto 307 Edificio Guadameci | 3005122837 | josealejandrorodriguezmd@gmail.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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 04/02/2026 | 46591795 | $1.138.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 460.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 460.000 | 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 | 588.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 588.800 | 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 | 89.700 | | | | 89.700 | 0 | 0 | 89.700 | | | 897 | 89.700 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 460.000 | 460.000 |
| Pensión | 1 | 588.800 | 588.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 89.700 | 89.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.138.500 | 1.138.500 |

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 |
| CC | 1098771514 | JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ BERMUDEZ | | Calle 114#56-75 Apto 307 Edificio Guadameci | 3005122837 | josealejandrorodriguezmd@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 04/02/2026 | 46591795 | $1.138.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1098771514 | RODRIGUEZ BERMUDEZ JOSE ALEJANDRO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.680.000 | 588.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.680.000 | 460.000 | 14-11 | 3.680.000 | 3 | 89.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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