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:	Oscar Dario Blanco Santos								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79380212			
CORREO ELECTRONICO:	oblanco.anestesia.hco@gmail.com				CELULAR:	3044430530			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CIRUGIA GENERAL FONTIBON				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	FO03I17	57	BO35C01	43					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	735011314						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	673			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11333	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$20,160,000				
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:	$89,280,000
VALOR EJECUTADO	$63,360,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$20,160,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$25,920,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
75797883	$8,640,000	$1,080,000	$1,382,400	3	$210,470	$2,672,870

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Daniel Arturo Jiménez Franco
1020762516
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados dentro del plan integral de su especialidad	Formato de Registro de Procedimiento Anestésico e Historia Clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar la Historia Clínica y registro de Actividades anestésicas de acuerdo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Formato de Registro de Procedimiento Anestésico e Historia Clínica
Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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	Diligenciar la Historia Clínica y los diferentes formatos de registro de actividades de atención, de procedimientos, de actividades e intervenciones y los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Formatos de Registro de Procedimientos Anestésico, Historia Clínica, registro de procedimientos, actividades e intervenciones
Participar en la programación de actividades del área	Participar en la programación de actividades del área	Registro de Programación de actividades
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Diligenciar los reportes de eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Formatos de reporte de eventos de notificación obligatoria
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	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	Formatos de Notificación de fallas de calidad y actas de reuniones para la implementación de acciones de mejora en el servicio
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Historia Clínica y Formatos de ordenes médicas
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios del actuar médico y anestesiológico con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Formato de Registro de Procedimiento Anestésico, formato de ordenes médicas, formulas medicas e Historia Clínica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenciar el consentimiento informado acorde a los lineamientos legales y de procedimiento de la subred Suroccidente	Formato de Consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Realizar el seguimiento y control de pacientes en los que se requiera mi participación	Formato de Recuperación posanestésica e historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Formato de Consentimiento informado, Historia Clínica y Registro de procedimiento anestésico
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emitir conceptos médicos que me sean requeridos	Historia Clínica y Formato de respuesta de Interconsultas
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Actas de reuniones
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Informe de actividades Realizadas
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 contrato	Acta de entrega de elementos a cargo
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Actas de Reuniones
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Formatos de Historia clínica, Registro de Procedimiento Anestésico y consentimiento informado
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Formatos de respuesta de requerimientos

Copia Controlada Subred Suroccidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Formatos de registro de actividades
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Formatos de registro de Actividades investigativas, informes de estudios y publicaciones
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Informe de Supervisión de contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Soporte de afiliación y pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar las demás actividades que me sean asignadas acordes con mi profesión y el objeto del contrato	Informe de actividades realizadas
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Formatos de Historia clínica, registro anestésico, respuesta a interconsultas y respuesta a requerimientos
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	Formatos de Historia clínica, registro anestésico, respuesta a interconsultas y respuesta a requerimientos
Conocer y aplicar las políticas institucionales	Conocer y aplicar las políticas institucionales	Formatos de Historia clínica, registro anestésico, respuesta a interconsultas, respuesta a requerimientos, actas de reuniones
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	Formatos de respuesta a requerimientos
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar	Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar	Historia clínica, formatos de formulación, registro anestésico y Formatos de respuesta a requerimientos

Daniel Arturo Jiménez Franco
1020762516
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 Controlada Subred Suroccidente

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
dd23ef9c87239d71069688f9f3491883a2b503086b03284347d7249c643006bfbdccedcf0f8a856f006ceb16f66f4091

Número de Factura: ODBS-446
Fecha de Emisión: 28/04/2026
Fecha de Vencimiento: 30/04/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BLANCO SANTOS OSCAR DARIO
Nombre Comercial: BLANCO SANTOS OSCAR DARIO
Nit del Emisor: 79380212
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 155 9 45 TO 9 AP 203
Teléfono / Móvil: 3044430530
Correo: oscardario6@yahoo.com.mx

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
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: 6013849160
Correo: contactenos@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	85101501	SERVICIOS MEDICOS DE ESPECIALISTAS	HUR	168,00	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 20.160.000,00

Notas Finales

HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO ANESTESIOLOGO DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 30 DE ABRIL DE 2026. FACTURADOR PER TENECIENTE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION, NO REALIZAR RETENCIONES EN LA FUENTE NI POR CONCEPTO DE ICA
Linea de negocio: SERVICIOS MEDICOS DE ESPECIALISTAS

Datos Totales



Documento generado el:
28/04/2026 00:02:30
Documento validado por la DIAN:
28/04/2026 00:02:31
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	20160000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20160000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	20160000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 20160000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	20.160.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20.160.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	20.160.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 20.160.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764073727590 Rango desde: 401 Rango hasta: 800 Vigencia: 2026-06-25

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	OSCAR DARIO BLANCO SANTOS	**NIT:**	79380212
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2026
Número de Radicación:	75797883	**Total a pagar:**	$7,390,500
Fecha de vencimiento:	07/04/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	16/04/2026	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número Autorización:**	228639184
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	1		$0	$563,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$3,934,100
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$2,892,600
						$7,390,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 75797883, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta de Cobro Enero 2026 PS 673-2026.pdf	Cuenta de Cobro Enero 2026 PS 673-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Febrero 2026 PS 673-2026.pdf	Cuenta de Cobro Febrero 2026 PS 673-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Marzo 2026 PS 673 - 2026.pdf	Cuenta de Cobro Marzo 2026 PS 673 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

CENSO SECRETARIA DE SALUD

GRACIAS POR TU COMPROMISO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios