

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	91158536		
CORREO ELECTRONICO:	echapetap@gmail.com			CELULAR:	3105694627		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U. ESP UCI ADULTOS HOSPITAL BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37J02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		455200165963			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	833			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20419	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: ESPECIALISTA CUIDADO CRITICO O INTENSIVO

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$14,201,280

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 repercute 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:	\$96,351,740
VALOR EJECUTADO	\$62,130,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$14,201,280
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$34,221,140
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	64%

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
6020106344	\$6,153,888	\$769,236	\$984,622	3	\$149,909	\$1,903,767

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

jose miguel peralta zabaleta  
17956572  
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

jose miguel peralta zabaleta  
17956572  
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

**EDWIN CHAPETA**  
NIT 91158536-6  
CALLE 155 9-45, Bogotá, D.C., Bogotá D.C.,  
Tel: +573105694627  
edwinchapeta@yahoo.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA

**No. ICB55**  
No responsable de IVA

<b>SEÑOR(ES)</b> SUB RED INTEGRADA DE	<b>FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)</b>
<b>DIRECCIÓN</b> Colombia	21/05/2026
<b>TELÉFONO</b>	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>
<b>NIT</b> 900959048-4	20/06/2026

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Unidad	\$98.620	144		\$14.201.280



Moneda: COP  
Generado: 2026-05-21 15:50:34-05:00  
Validación DIAN: 2026-05-21 15:51:35-05:00  
Tipo de operación: Estándar  
Forma de pago: Crédito

**CUFE: ba7a93a5b513eaffa34dd8579c8e6349b03c2495375f4d3b5e49c3830dbb44d7f34cbdf01a8b6e0e4005885ab6dee1ce**

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	\$14.201.280
<b>Total</b>	<b>\$14.201.280</b>

**Total de líneas: 1**

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764104871160 de 2026-01-21 Modalidad Factura Electrónica Desde N° ICB45 hasta ICB1000 con vigencia hasta 2026-07-21

**Representación gráfica de factura de venta electrónica**

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos

 Volver | **Últimas modificaciones** | Todos | Seleccione

## Buscar contrato


 (Búsqueda avanzada)

## Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u>	<u>Número del Contrato</u>	<u>Entidad Estatal</u>	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor total de la oferta</u>	<u>Estado</u>	
7559699	833-2026	<a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.</a>	Entidad Estatal	1/02/2026 6:39:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5 días para terminar (31/05/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA	70.316.060 COP	Modificación aceptada enviada	<a href="#">Detalle</a>
7766439	CPS-3524-2026	<a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. (OFICIAL)</a>	Entidad Estatal	20/02/2026 11:04:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/06/2026 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA	39.811.590 COP	En ejecución	<a href="#">Detalle</a>
7139280	7879-2025	<a href="#">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.</a>	Entidad Estatal	17/12/2025 9:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	31/01/2026 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA	14.353.668 COP	En ejecución	<a href="#">Detalle</a>

## OPCIONES

## VER

## HERRAMIENTAS

 Últimas modificaciones  
 Todos  
 Esperando aprobación  
 Firmado  
 Firmado y enviado a la Entidad Estatal  
 Suspendidos  
 Cancelados  
 Cerrados  
 Firmados y Terminados anormalmente



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
<input type="checkbox"/> 24CUENTA COBRO FEB 26 CHAPETA EDWIN.pdf	24CUENTA COBRO FEB 26 CHAPETA EDWIN.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 25CUENTA COBRO MAR 26 CHAPETA EDWIN.pdf	25CUENTA COBRO MAR 26 CHAPETA EDWIN.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 26CUENTA COBRO ABR 26 CHAPETA EDWIN.pdf	26CUENTA COBRO ABR 26 CHAPETA EDWIN.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

### Datos guardados

5:22

4G 15

# ASEGURATE ABRIL

Se registró tu respuesta.

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

10:10

WhatsApp

Secretaría de Salud  
Salud Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

ASEGURATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA

RESULTADO:  
100.00000000000001  
CALIFICACION

Aceptar

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Proporcionar

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Proporcionar

UNIDAD

alserain.com

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.158.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91158536
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	C 155 9-45.	TELÉFONO:	4912500
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	MEDICINA - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>6020106344</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	307176333

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X							X		

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 1.036.200
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 1.036.200</b>

**SALUD**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 770.500
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 770.500</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 150.300
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 150.300</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 1.954.000</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 3.000</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 1.957.000</b>

Medellin, 27 de mayo de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **EDWIN GIOVANNY CHAPETA PARADA** con documento de identidad **C91158536**, 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
2026-04-01	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**