

**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:		FARHI ALONSO DELGADO MEDINA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	79958427		
CORREO ELECTRONICO:	farhidelgado@yahoo.com			CELULAR:	6016415087		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10I06	70	KE10B04	30			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		2570060380			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		233		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20077	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2026-05-01			2026-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$10,924,080			
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:	\$65,544,480
VALOR EJECUTADO	\$43,696,320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$10,924,080
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$21,848,160
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
9503527293	\$4,369,632	\$546,204	\$699,141	3	\$106,444	\$1,351,789

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

Jaime Alberto Goenaga  
72161935  
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

Jaime Alberto Goenaga  
72161935  
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

**FARHI ALONSO DELGADO MEDINA**

NIT: 79958427-0

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CL 115 50 71, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3022921449

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764106308984 válida desde 2026-02-24 hasta 2026-08-24 rango desde FE256 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	9009590048
Nombre o Razón Social:	sub red integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e
Dirección:	cl 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	gerencia@subredsuoccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE259
Fecha Emisión	25/05/2026 16:03:38
Fecha Vencimiento	10/06/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	10/06/2026
Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA	WSD	120,00	\$91.034,00				0,00	\$10.924.080,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$10.924.080,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$10.924.080,00

CUFE:	089317db2cd363c98c29e5573c4a91aebf4073a4cf91fd28c13047bde3915203669d5cbe7bb36347757eaa45a9e4f417
Total con letra:	(diez millones novecientos veinticuatro mil ochenta pesos )

Firma Digital: M0wwwJe+EYFpqoMHZl2Ri/8OKVkSTxsfKzYdelEYxqozno6f0n9LJ4Mzj1BGZi  
L7GpLEdV/G5B5csO8iCm4MkAZexgrfsDa93TJZTZ+ly3eEKDgx  
h1AdRfOVfz5/YO IWqYL0dKdMvZ8oS3FTIsSnxfSWW5ry2tzW0tGzjwg8cK3ZMnDrE6yq9JCX+6EAD 1oRkaMykL71q2+sv/AbVDJVTLPD1iZJFy6V  
vXj/60BI3DdemcbOZORl7aONYHtXtv S8y0CFP5jFMlo+3HXNT0BTbjaquayCZLmAtJmbYvA9cCU33fdplqftVUZmc1LssW aRuEbelb1X5kG5CjlcUf  
VA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	293944396	9503527293	I	2026/05/08	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	3	\$1,355,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,370,000	\$699,200			\$4,370,000	\$546,300			\$0	\$0			\$4,370,000	\$106,500		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,370,000	\$699,200			\$4,370,000	\$546,300			\$0	\$0			\$4,370,000	\$106,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$4,370,000	\$699,200			\$4,370,000	\$546,300			\$0	\$0			\$4,370,000	\$106,500		\$0	\$0
1	CC 79958427	DELGADO FARHI	230301	30	\$4,370,000	\$699,200	EPS001	30	\$4,370,000	\$546,300	0		\$0	\$0	14-11	30	\$4,370,000	\$106,500	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$4,370,000	\$699,200			\$4,370,000	\$546,300			\$0	\$0			\$4,370,000	\$106,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	293944396	9503527293	I	2026/05/08	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	3	\$1,355,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$699,200	\$1,500	\$0	\$700,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$699,200	\$1,500	\$0	\$700,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$106,500	\$300	\$0	\$106,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$106,500	\$300	\$0	\$106,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$546,300	\$1,200	\$0	\$547,500	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$546,300	\$1,200	\$0	\$547,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,352,000</b>	<b>\$3,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,355,000</b>	

Medellín, 25 de mayo de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FARHI ALONSO DELGADO MEDINA identificado(a) con C79958427 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C799584272614573401