

**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:		NICOLAS MAURICIO CHITIVA ACOSTA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1001326420		
CORREO ELECTRONICO:	nmch2000@icloud.com			CELULAR:	3153574344		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488450830952			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		1410		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	21778	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000

**OBJETO DEL CONTRATO:**

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

**VALOR HONORARIOS MENSUALES:**

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	\$6,430,986	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:	\$26,145,648
VALOR EJECUTADO	\$25,302,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,430,986
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$843,408
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

**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
80379136	\$2,473,997	\$309,250	\$395,839	3	\$60,267	\$765,356

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Practicar las valoraciones e intervenciones médicas necesarias, estableciendo diagnósticos y prescripción del tratamiento acorde con la patología diagnóstica.	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
2. Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred.	Realización de historias clínicas sistematizadas con los parámetros establecidos de calidad, teniendo en cuenta las recomendaciones en caso de contingencia	Entrega de historias clínicas. consentimientos informados de manera sistematizada o física adecuadamente para su uso clínico.
3. Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes; así mismo, abstenerse de realizar manipulación de agendas.	Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	se realizan 186 horas tiempo completo de la ruta cerebrovascular
4. Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades	Desarrollo y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	Historia clínica, actas, consentimiento informado
5. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de indicadores de pyd, consulta resolutive, prioritaria, rendimiento y productividad en el área o servicio asignado	Desarrollo y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	Historia clínica, actas, consentimiento informado
6. Realizar de manera óptima la gestión y registro de los formatos correspondientes para el traslado interno de los pacientes, cuando se requiera remisión a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clínica, actas, consentimiento informado
7. Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA.	Realizo cumplimiento a las agendas programadas para dar el cumplimiento a la productividad	contrato de 186 horas a necesidad de cumplimiento de metas
8. Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales.	Realización de actividades asignadas	presentando resultados de auditoria y adherencia a las guías).
9. Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades.	Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	El informe se encuentra registrado en el sistema dinamica de las consultas ejecutadas en la unidad asignada HOSPITAL BOSA
10. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a las EAC; LCS entre otras actividades programadas por la institución	Actas de asistencia
11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad	"Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc "	Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC.
12. Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas	Entrega de historias clínicas físicas al área de estadística, con el porceso adecuado.
13. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	"Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc "	Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC.
15. 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.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.
16. Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos ni nombres de otras instituciones) y portar el carné institucional durante la consulta	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Disponibilidad para acceder a las estrategias del trabajo en equipo y asignadas por el lider o supervisor de contrato.

17. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional.	"Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc "	Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC.
18. Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios	"Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc "	Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC.
19. Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc	"Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc "	Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC.
20. Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto del contrato	Asistir a lasEAC;LCS entre otras actividades programadas por la institución	Actas de asistencia
21. Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestación del servicio	Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas	Entrega de historias clínicas físicas al área de estadística , con el proceso adecuado.

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001326420	NICOLAS MAURICIO CHITIVA ACOSTA		TRANS 53 D 129 67 T 1 AP 1003	6015261619	NMCH2000@ICLOUD.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80379136	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$765.500	

### 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	309.300	0		0		0	0	0	0	309.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	395.900	0	0	0	0	0	0		395.900	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	60.300				60.300	0	0	60.300			603	60.300	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	309.300	309.300
Pensión	1	395.900	395.900
Riesgos Laborales	1	60.300	60.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>765.500</b>	<b>765.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001326420	NICOLAS MAURICIO CHITIVA ACOSTA		TRANS 53 D 129 67 T 1 AP 1003	6015261619	NMCH2000@ICLOUD.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80379136	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$765.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IPD	IPD	IPD	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN										
1	CC 1001326420	CHITIVA ACOSTA NICOLAS MAURICIO		59	0			N																	230301	2.473.997	30	395.900	0	0	0	0	EPS005	2.473.997	30	309.300	14-11	2.473.997	30	3	60.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NICOLAS MAURICIO CHITIVA ACOSTA**

**CC.1.001.326.420**

La suma de Seis millones cuatrocientos treinta mil novecientos ochenta y seis pesos \$ 6.430.986 concepto prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Consulta Externa, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional del 1 al 31 de MAYO de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1410-2026

---

**NICOLAS MAURICIO CHITIVA ACOSTA**

**CC.1.001.326.420**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 488450830952**



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

- 1 [Modificación del contrato](#)
- 2 [Información general](#)
- 3 [Condiciones](#)
- 4 [Bienes y servicios](#)
- 5 [Documentos del Proveedor](#)
- 6 [Documentos del contrato](#)
- 7 [Información presupuestal](#)
- 8 **Ejecución del Contrato**
- 9 [Modificaciones del Contrato](#)
- 10 [Incumplimientos](#)

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PANTALLAZO FEBRERO NICOLAS.pdf	PANTALLAZO FEBRERO NICOLAS.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PANTALLAZOS MARZO NICOLAS.pdf	PANTALLAZOS MARZO NICOLAS.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >