

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			neil mendoza aldana					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		7561516
CORREO ELECTRONICO:			neilmendoza516@hotmail.com			CELULAR:		3106093173
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT NEFROLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10A09	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			6180381987				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2263			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17853	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$13,332,000				
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:					\$112,716,000			
VALOR EJECUTADO					\$92,960,400			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$13,332,000			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$19,755,600			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					82%			
El intervisor 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		
85573985	\$7,272,000	\$909,000	\$1,163,520	3	\$177,146	\$2,249,666		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 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

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 EMISOR	NEIL MENDOZA ALDANA	OBLIGACIÓN	NO RESPONSABLE DE IVA
NIT O C.C:	7561516-0	CIUDAD	BOGOTÁ, D. C.
TELÉFONO	3106093173	EMAIL	neilmendoza516@hotmail.com
DIRECCIÓN	CL 23 D 82 - 16 BRR MODELIA		
DATOS CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	OBLIGACIÓN	NO RESPONSABLE DE IVA
NIT O C.C:	900959048-4	CIUDAD	BOGOTÁ, D. C.
TELÉFONO	4546800	EMAIL	gerencia@subredsuoccidente.gov.co
DIRECCIÓN	Cl 9 #39-46		
FECHA FACTURA	2026/06/27 14:49:07	VTO.FACTURA	2026/06/27 14:49:07
MED. DE PAGO	Efectivo	FORMA DE PAGO	contado
FECHA VALIDACIÓN	2026-06-27 14:52:04		

Cant	Descripción	Vr Unit	Subtotal	Descuent o%	Recaudo	IVA %	Total
110	890268-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	\$121,200	\$13,332,000	0.0%	\$0	0.0%	\$13,332,000
1			Subtotal			\$13332000	
	Son: TRECE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS COLOMBIANOS MCTE		Copagos			\$0	
			Descuentos			\$0	
			Rete ICA			\$0	
			Rete Fuente			\$0	
			Rete IVA			\$0	
			IVA			\$0	
			Descuento GB			\$0	
			Total			\$13,332,000.00	
FORMAS DE PAGO Y PROCEDIMIENTOS:							

CUFE: 71e9316ca0d619be9de70e3ff51004bc149a0d7c380b8b5b55371e7e4316ce6dfec932f5302cf9fadc9fd10456762883

Observaciones:

Atención en consulta externa, corresponde a 110 horas del 1 al 30 de Junio de 2026. pertenezco a régimen simple
Aceptada:

NEIL MENDOZA ALDANA
7561516-0

C.C.: _____



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-08, 12:06:51 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	NEIL MENDOZA ALDANA
CEDULA CIUDADANIA	CC 7561516
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	85573985
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	373796246
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 3.045.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 1.615.000	\$ 6.000
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 1.187.500	\$ 4.400
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 231.500	\$ 900
SubTotales:				\$ 3.034.000	\$ 11.300
Total a Pagar:					\$ 3.045.300



Medellin, 18 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **NEIL MENDOZA ALDANA** con documento de identidad **C7561516**, 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
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	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