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:	Lessner Jafet Almenarez Gomez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79628311	
CORREO ELECTRONICO:	jjalmenarez@yahoo.es				CELULAR:	5551347	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A41	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4570208373				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1258			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1572	FECHA	2026-07-16 14:59:04.000	NÚMERO DE CRP	24050	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,565,440				
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:	$116,523,520
VALOR EJECUTADO	$101,958,080
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,565,440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14,565,440
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
9504803970	$5,826,176	$728,272	$932,188	3	$141,926	$1,802,386

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

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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
1.Prestar el servicio de especialista en medicina familiar en los servicios de salud de la subred sur occidente e.s.e.	intervenciones de medicina familiar realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica	intervenciones de medicina familiar realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica
2.Realizar la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación	valoracion integral con los usuarios	valoracion integral con los usuarios
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecido en la resolución 1995 de 1999.	valoracion integral con los usuarios	valoracion integral con los usuarios
4. Digitar los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el supervisor del control, registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e.	en el mes de JUNIO se realizaron o se lleva a la fecha nuemero de consultas 150 con cumplimiento del indicador de rencimiento en 2.0%	informe excel de produccion del mes (descarga de informacion oficial)
5.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada	Durante el mes de se realiza la adherencia a las normas estipuladas desde el area de calidad para la mejora continua	exel de produccion del mes en el que este generando la cuenta de cobro (listado de citas)
6. Conocer e interiozar los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia. comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente.	Participo a la reuniones y capacitaciones que me sean designadas por el supervisor	Listado de asistencia a reuniones
7. Revisión de agendas de citas de su programacion con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la produccion	NO SE PRESENTARON QUEJAS Y SI HAY FELICITACIONES ANEXARLA	NO SE PRESENTARON QUEJAS Y SI HAY FELICITACIONES ANEXARLA
8. Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias.	durante el mes no se presentaron novedades con respecto a la agenda	Anexo agenda del mes
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	Se realizaron # fichas de notificaicon en el mes describir la ficha notificada(SIVIM,SIVISTRA)	Anexar en pdf los reportes generaldos en el mes ejemplo : (sivim- sivistra)
10.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realiza la notificaicon cuando evidencio fallas que afecatna la prestacion del servcio	Anexo suceso de segurida do tiket
11. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Velo y respondo por la dotacion dle consultiro que me es designado	si se llega a terminar contrato adjuntar acta de activos fijo
12. Participar en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales	Realizo pago de los aportes de seguridad social	Anexar planilla y pantallazo del secop
13. Manter adecuada adherencia a las guias de practica clinica adaptadas y adopatadas por la institucion	Participo en el proceso de servcio de docencia cuando me sea asigando residente	Durante el mes no se realizo proceso de docencia
14. Garantizar la adeherenica al plan de contigencia institucional frente a las fallas del sistema	Manrengo la adehrencia de las guis establecido por la institucion	Anexo las auditorias presnetadas durante el mes cn el porcnetaje de adherencia
15.Cumplir de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales.	durante el mes se garantizo la custodia de la informacion en el sistema dinamica	se entrego hc al area de gestion documental
16.Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios	Cumplo con las nomas de bioseguridad estbalecidas por la institucion y el uso de los EPP y lavado d emanos segun cada momento	Adjunto resultado de acuamanos
Prestar sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente.	Presto el servicio de consulta de medicina familiar bajo el proceso tranversal implanato por la institucion	Anexo agenda del mes
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	durante el mes de realizaron las actividades de acorde al contrato	Anexo agenda del mes

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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 Sur Occidente

Espacio para
Logo Corporativo

LESSNER JAFET ALMENAREZ GOMEZ
NIT 79.628.311-1
Calle 174 N 54B 63
Tel: (601) 3005759395
Bogotá - Colombia
jjalmenarez@yahoo.es

Factura electrónica de venta
No. AG 42

Señores	SUBRED Integrada de Servicios de Salud SUROCCIDENTE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 7300000
Dirección	No aplica	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	08/07/2026, 13:35
Expedición	08/07/2026, 13:35
Vencimiento	08/07/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS PROFESIONALES	160.00	12,963,241.60

Total items: 1

Valor en Letras:
Doce millones novecientos sesenta y tres mil doscientos cuarenta y un pesos m/cte con sesenta cent.

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 12,963,241.60

Total Bruto	14,565,440.00
IVA 0%	0.00
Retefuente 11%	1,602,198.40
Total a Pagar	12,963,241.60

Observaciones:
HONORARIOS MEDICO FAMILIAR JULIO 2026

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764091447963 aprobado en 20250402 prefijo AG desde el número 1 al 72 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 0f863cd1c62db0d5ba771f607edd9c08ef755885fcae2e701e20e576efde29329e7b7f16eb2f70243d5ab6821df3f9c2

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		
☐	FEBRERO. 2026-20260324T172501Z-1-001.zip	FEBRERO. 2026-20260324T172501Z-1-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	FEBRERO 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2026-20260423T165518Z-3-001.zip	MARZO 2026-20260423T165518Z-3-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2026 LESSNER ALMANEAREZ.pdf	MARZO 2026 LESSNER ALMANEAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	ABRIL 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2026-20260527T010153Z-3-001.zip	ABRIL 2026-20260527T010153Z-3-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2026-20260610T205634Z-3-001.zip	MAYO 2026-20260610T205634Z-3-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	MAYO 2026 LESSNER ALMENAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79628311	ALMENAREZ	GOMEZ	LESSNER	JAFET	2019-10	Salud Total	COTIZANTE
CC	79628311	ALMENAREZ	GOMEZ	LESSNER	JAFET	2026-06	Compensar	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 153 Registros en 16 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

Medellín, 28 de julio 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 LESSNER JAFET ALMENAREZ GOMEZ identificado(a) con C79628311 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796283112620936043

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

61e4d292-82fa-4b9e-9943-71b06bcee523

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Lessner Jafet Almenarez Gomez

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 97,50 %

27 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=61e4d292-82fa-4b9e-9943-71b06bcee523

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	463451759	9506372142	I	2026/07/03	2026/07/08	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,809,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,827,000	$932,400			$5,827,000	$728,400			$0	$0			$5,827,000	$142,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,827,000	$932,400			$5,827,000	$728,400			$0	$0			$5,827,000	$142,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,827,000	$932,400			$5,827,000	$728,400			$0	$0			$5,827,000	$142,000		$0	$0
1	CC	79628311 ALMENAREZ LESSNER	25-14	30	$5,827,000	$932,400	EPS008	30	$5,827,000	$728,400		0	$0	$0	14-11	30	$5,827,000	$142,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,827,000	$932,400			$5,827,000	$728,400			$0	$0			$5,827,000	$142,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79628311		ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 82A 6 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7347002	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	463451759	9506372142	I	2026/07/03	2026/07/08	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,809,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$932,400	$3,500	$0	$935,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$932,400	$3,500	$0	$935,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,000	$600	$0	$142,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$142,000	$600	$0	$142,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$728,400	$2,700	$0	$731,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$728,400	$2,700	$0	$731,100
TOTAL				**1**	**$1,802,800**	**$6,800**	**$0**	**$1,809,600**