| 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: | BRAYAN JAIR GONZALEZ VARGAS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1034398478 | |
| CORREO ELECTRONICO: | bg2808457@gmail.com | | | | CELULAR: | 3196111905 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OTROS ENFERMERIA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10N04 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24136357182 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 565 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1570 | FECHA | 2026-07-16 14:58:49.000 | NÚMERO DE CRP | 25685 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | CAMILLERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,251,815 | | | | |
| 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: | $13,363,230 |
| VALOR EJECUTADO | $13,363,230 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,251,815 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADRES - CERTIFICADO ARL - CURS | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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 |
|---|---|---|
| REALIZAR EN FORMA TÉCNICA, EFICAZ Y OPORTUNA EL TRANSPORTE DE LOS USUARIOS | Trasladar los usuarios en forma oportuna a citas medicas programadas y valoraciones por especialidades según las necesidades de cada uno | reportes del servicio |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENEMDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria ye manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda actuación con su firma y sello | formato de historia clinica |
| RECIBO Y ENTREGA DE TURNO | Desarrollar y reportar mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del contrato, en coordinación con el interventor del mismo | reportes mensuales |
| RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO | Portar el carnet de la institución durante la prestación del servicio según los parámetros de la institu | presentacion personal |
| EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD | Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de salud ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la institución | protocolo de bioseguridad |
| MANEJO, USO, CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION | Llevar los insumos de farmacia de acuerdo a las solicitudes previas | formatos y kardex |
| MANEJO Y CONTROL DE BIENES | El contratista deberá enmarcar dentro de los principios de transparencia, eficiencia, economía, eficacia y equidad, consagrados en le Constitución y la Ley el manejo de los bienes de propiedad o a cargo del Hospital | responsable por los bienes entregados para la ejecución del contrato |
| CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE | Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución | Formatos de asistencia |
| REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO | acatar las órdenes impartidas por mis jefes inmediato | realizar las acciones correspondientes |

DIANA RODRIGUEZ
52262971
Supervisor

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-07-08, 01:02:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082880922

**Periodo Cotización:** junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823884753

## PAGADO 08/07/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | BRAYAN JAIR GONZALEZ VARGAS | | |
| **Documento** | CC1034398478 | **Dirección** | CL 48 #87 A - 18 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3196111905 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1034398478 | BRAYAN JAIR GONZALEZ VARGAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.750.905 | $ 218.900 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 280.200 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 | $ 0 | $ 541.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BRAYAN JAIR GONZALEZ VARGAS**

**C.C 1.034.398.478 DE BOGOTA**

La suma de La suma de **DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2.251.815)**, por concepto de: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES** a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial, 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 como **CAMILLERO**; en el **HOSPITAL KENNEDY** área de **HOSPITALIZACION.**

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de **1 al 31 de julio de 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 565 - 2026**.



**BRAYAN JAIR GONZALEZ VARGAS**

**C.C. 1.034.398.478 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24136357182**

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1034398478 | GONZALEZ | VARGAS | BRAYAN | JAIR | 2025-06 | Sanitas | BENEFICIARIO |
| CC | 1034398478 | GONZALEZ | VARGAS | BRAYAN | JAIR | 2026-06 | Sanitas | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Sanitas | 06/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2025 | 15 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Sanitas | 02/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2023 | 25 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.