

					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:			HENRY JOSE QUINTERO BUITRAGO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80110276
CORREO ELECTRONICO:			henry_doc9@hotmail.com			CELULAR:		4915773
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE11B05	70	KE11I05	30				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570007590400870				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1082			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32628	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-08-01			2026-08-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,646,856				
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:						\$52,435,584		
VALOR EJECUTADO						\$52,435,584		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,646,856		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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	
9509866811	\$2,621,779	\$327,722		\$419,485	3	\$63,867	\$811,074	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades	"Historial clínico actualizado del paciente, informes de procedimientos realizados, resultados de diagnósticos y terapias en aplicativo DINAMICA "
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Cumplo con las exigencias legales y éticas en el manejo adecuado de los registros clínicos de los pacientes.	"Registros clínicos correctamente archivados y firmados, informes de auditoría de registros. "
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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.	Llevo un registro de las actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y otros registros necesarios para cumplir con los procesos de costos y facturación.	Reportes estadísticos mensuales, registros de intervención en el sistema de gestión de salud.
4. Participar en la programación de actividades del área.	Participo en actividades de revista y análisis de casos clínicos, evaluando y ajustando, si es necesario, el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario.	Actas de reuniones de análisis de casos, informes de ajustes realizados en el plan de habilitación/rehabilitación.
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte los eventos de notificación obligatoria dentro del plazo establecido por la normatividad vigente.	"Diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación "
6. 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.	Notifico las fallas de calidad en el servicio, participando en los análisis y acciones de mejora definidas.	"Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Participo en la programación de actividades de la Subred.	"Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paciente. "
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	"Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "	Queda diligenciamiento de formato de software dinámica
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Informo al usuario, su familia o cuidador sobre las actividades a seguir al inicio del proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o egreso.	"Documento firmado de consentimiento informado, registro de seguimiento post-intervención. "
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Seguimiento clínico y control evolutivo del paciente pediátrico.	Evoluciones médicas registradas en historia clínica.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se realiza educación al paciente y acudiente sobre diagnóstico y tratamiento.	Registro en historia clínica de información suministrada.
12. Emitir los conceptos médicos que le sean requeridos.	Elaboración de conceptos médicos solicitados formalmente.	"Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica "
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realizar contrato para lo que fue designado	"Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado "
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.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	"Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes "
16. Participar en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	"Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia "

17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigaciones que permitan conocer y proponer nuevas alternativas de diagnóstico e intervención.	No se ha participado
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Actividad no programada (trabajo asistencial con atención de pacientes registrados en historia clínica actividades de múltiples pacientes durante el mes en curso	"No aplica "
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
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.	Realizar contrato para lo que fue designado	"Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado "
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.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	"Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atencion de los pacientes "
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	"Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia "
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, apoyando su implementación.	Cumplimiento de los procesos de la subred
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega de la constancia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

RONALD MEZA COLON
91446480
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

HENRY JOSE QUINTERO BUITRAGO
NIT: 80110276 - 9
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: TV 76 82 C 23, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3004929823
Email. ingridcabra73@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764109973387 válida desde 2026-05-20 hasta 2026-11-20 rango desde FE69 hasta FE100

Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT:	900959048
Dirección:	CL 9 39 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	Lidersedes7@subredsuoccidente.gov.co
Forma de pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito
Fecha de Pago:	22/09/2026
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE72					
MONEDA:	COP Peso colombiano				
HORA EMISIÓN:	07:14:32				
FECHA FIRMADO:	22/08/2026 07:14:33				
FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
22	08	2026	22	09	2026

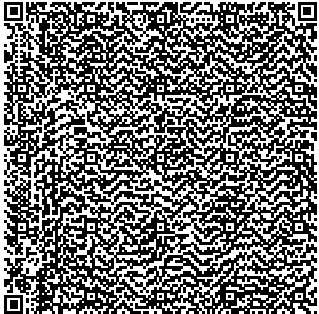
No. Orden comprador:	1082-2026	Fecha:	01/02/2026
----------------------	-----------	--------	------------

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	PREST	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS DEL HOSPITAL PEDIATRICO TINTALEN EL PERIODO DEL 1 AL 31 DE AGOSTO 2026	MV	84,00	\$91.034,00				\$0,00	\$7.646.856,00

Notas: PRESTADOS EN EL MES DE AGOSTO 2026	Subtotal:	\$7.646.856,00
SON: (siete millones seiscientos cuarenta y seis mil ochocientos cincuenta y seis pesos con cero centavos)	Cargos:	\$0,00
CUFE: 96b8bcd898127ea4ee061f1ec603d18ffac628e8da6dd0d5b71ed21cdc0f67960e4adb42cb09cab4aeb3a05eb043c0a6	Descuentos:	\$0,00
	Total:	\$7.646.856,00

Firma Digital: 1kVZ+z3fXDKuZFRxr2Uofc1/2tlfazFmwkDge/7Km9J0TvPajEyh9AhHUQNGKt4M
QtSRJChgsZaofl6hwTBzEataVPIOHqUvbmwsDe7NCCFuHrE18L7XJBn6zaEAqO7
d8QDwhxl0r1/ABzZbd25ZFpFg9aTUhBVy0f+f8VOjQ4OEZvLdaLYAPtYzzZGp+Q
4rpYPKflhFuhJg81XorA5NAKXWzteS0LEm8oCIYFpejyzopLf0OAAMdt3mmC5VZ3
PK8bgJNxJjx+M//YztXGO7PpBNIFPAQSRKlnH3VtNHr/G6bq+3hkMkmxaCEpGE+r
wvd65sw3LvrPpQN7VJZ2BA==

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.
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 80110276		QUINTERO BUITRAGO HENRY JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tv 76 # 82c - 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5831128	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	586738868	9509866811	I	2026/08/21	2026/08/24	BANCO DAVIVIENDA	3	\$813,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,622,000	\$419,600			\$2,622,000	\$327,800			\$0	\$0			\$2,622,000	\$63,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,622,000	\$419,600			\$2,622,000	\$327,800			\$0	\$0			\$2,622,000	\$63,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,622,000	\$419,600			\$2,622,000	\$327,800			\$0	\$0			\$2,622,000	\$63,900		\$0	\$0	
1	CC 80110276	QUINTERO HENRY	230301	30	\$2,622,000	\$419,600	EPS005	30	\$2,622,000	\$327,800		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,622,000	\$63,900	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,622,000	\$419,600			\$2,622,000	\$327,800			\$0	\$0			\$2,622,000	\$63,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80110276		QUINTERO BUITRAGO HENRY JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tv 76 # 82c - 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5831128	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	586738868	9509866811	I	2026/08/21	2026/08/24	BANCO DAVIVIENDA	\$813,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$419,600	\$1,000						\$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$419,600	\$1,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,900	\$200						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$63,900	\$200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$327,800	\$800						\$0
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$327,800	\$800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$811,300	\$2,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

FOR A PAGAR
\$420,600
\$420,600
\$64,100
\$64,100
\$328,600
\$328,600
\$813,300

Medellín, 24 de agosto 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 HENRY JOSE QUINTERO BUITRAGO identificado(a) con C80110276 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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C801102762623630402



952ea426-7b86-4bc2-aecd-3b4ac1a350d9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

HENRY JOSE QUINTERO BUITRAGO

ha participado y aprobado el:

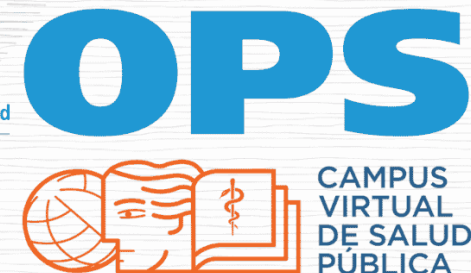
**Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer
en Niños y Adolescentes**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

19 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



ASEGURATE

Pretest

9:15

LTE 23

e.almeraim.com



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ASEGÚRATE JULIO 2026

FECHA



RESULTADO: 80 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Posttest

9:17

LTE 23

e.almeraim.com



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ASEGÚRATE JULIO 2026

FECHA



RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1082-02.pdf	1082-02.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1082-03.pdf	1082-03.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1082-04.pdf	1082-04.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1082-05.pdf	1082-05.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1082-06.pdf	1082-06.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1082-07.pdf	1082-07.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados