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:	MAURICIO JARAMILLO PAQUE										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X		C.E			No.	4652639		
CORREO ELECTRONICO:	maujarp@hotmail.com							CELULAR:	6208039		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PSIQUIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL							SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		Centro de costo	%		
	KE11A17	60	KE11A51	15	KE11I05	5		KE11B05	20		
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A					TIPO DE CUENTA:		AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8600418548							PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1106			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32656	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2026-08-01	HASTA	FECHA FINAL 2026-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$32,340,600				
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:	$219,197,400
VALOR EJECUTADO	$215,604,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$32,340,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,593,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
6027651437	$11,978,000	$1,497,250	$1,916,480	3	$291,784	$3,705,514

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

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) 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 en urgencias, hospitalización, consulta externa, correspondiente a la atención de psiquiatria pediátrica	"Historial clínico actualizado del paciente, informes de procedimientos realizados, resultados de diagnósticos y terapias en aplicativo DINAMICA. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos pertinentes al servicio de psiquiatria pediátrica "
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	"cumplir con el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes guardando el secreto profesional. "	"diligenciando historia clínica de forma adecuada de los pacientes. "
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.	"dejar consignado en la historia clínica los procedimientos realizados durante la atención del paciente. "	"diligenciar la historia clínica con los procedimientos y atención en los pacientes. "
4) Participar en la programación de actividades del área.	"programar actividades consistentes en atención del paciente, valoración de pacientes en consulta externa, así como valoración de interconsultas y seguimiento de estos mismos, adecuación de terapias sustitutivas renales en los distintos ámbitos hospitalarios. "	"registro de interconsultas, procedimientos y valoración mensuales de los pacientes pediátricos con patología renal. "
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	"reportar eventos de notificación obligatoria "	"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.	"notificación de eventos adversos atreves del link seguridad del paciente "	"notificaciones de eventos adversos "
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	"informar a personal encargado de las indicaciones medicas dispuestas para el tratamiento "	"instrucciones en el manejo médico y tratamientos a realizar "
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	"diligencias formato de historia clínica con ordenes medicas y farmacológicas según dispuesto en el software ""dinámica"" "	"diligenciamiento de formato de software ""dinámica"" "
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	"diligenciamiento de consentimiento informado ante uso de medicamentos que lo requieran y procedimientos medicos correspondientes a patologias pediatricas renales. "	"diligenciamiento de consentimiento informado "
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	realizar control y seguimiento de paciente hospitalizado, en urgencias, en unidades de cuidados intensivos tanto neonatal como cuidado intensivo pediátrico y en unidad renal con patología renal	"seguimiento y control del paciente con patología renal en los distintos ámbitos hospitalarios "
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	"informar de forma clara consisa al familiar (madres) y al paciente de la condición y manejos a seguir y posibles evoluciones clínicas "	"informara al familiar y al paciente de su evolución y manejo a seguir "
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	"dar conceptos médicos requeridos tras valoración del paciente "	"se dio conceptos 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.	"apoya en cumplir las normas de sistema de obligaciones de garantías de la calidad establecidas por min salud "	"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 entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	"actividad no programada (trabajo asistencial con atención de pacientes registrados en historia clínica actividades de múltiples pacientes durante el mes en curso) "	"no aplica "
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 elementos entregados de uso habitual (uniforme , termómetro, careta) "	"uso de elementos asignadas para la atención de los pacientes "
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en jornadas de capacitación y reuniones. Se partiucipa en el asegurate del mes	Participación en reuniones y capacitaciones, asi mismo en las actividades de acreditación. Se realiza curso y se diligencia link de asistencia.
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	"conocer y cumplir con los procesos de la subred "	"cumplimiento de los procesos de la subred "
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	"apoyar en las actividades interinstitucionales acorde a mi perfil profesional "	"apoye en las actividades interinstitucionales acorde a mi perfil profesional . "

Copia Controlada
Subred Suroccidente

19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	"se registra las actividades realizadas atreves de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización "	"registro de actividades realizadas en la historia clínica del paciente. "
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	participar en las investigaciones que se realizan en la subred línea de investigación pediátrica	"se realiza investigación en la subred en distintas líneas de investigación "
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	"realizar contrato para lo que fue designado "	"cumpliendo actividades medicas y asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado "
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	"entrega de la constacia de afiliciaon pago de seguridad social, pension, riesgos profesionales "	"entrega de planilla de pago realizado de afiliación a seguridad social, pensiones, riesgo profesionales "
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	"realizar actividades asignadas acorde a perfil profesional propuesto "	"cumplimiento de las actividades asignadas acorde a perfil profesional medico propuesto . "

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

MAURICIO JARAMILLO PAQUE
NIT 4.652.639-8
CARRERA 11 A No 118 73
Tel: (031) 5228373
Bogotá - Colombia
gennyadiaz@yahoo.es

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. FE 241

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(031) 4546800
Dirección	CL 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/08/2026, 07:15
Expedición	20/08/2026, 07:15
Vencimiento	19/09/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Vr. Unitario
1	HONORARIOS PROFESIONALES PSIQUIATRIA PEDRIATICA	270.00	32,340,600.00	119,780.00

Total items: 1

Total Bruto	32,340,600.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	32,340,600.00

Valor en Letras:
Treinta y dos millones trescientos cuarenta mil seiscientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crÃ©dito - Cuota No. 001 vence el 2026-09-19 por $ 32,340,600.00

Observaciones:
Favor consignar o trasferir a la cuenta de ahorros 008600418548 Banco DAVIVIENDA.

FACTURA POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios Profesionales Médico Psiquiatría especialista en Psiquiatría Pediátrica en diferentes servicios del Hospital Pediátrico Tintal, durante el período del mes de AGOSTO (1 al 31 del mes de agosto) del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Número de contrato 1106-2026.

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 18764111316721 aprobado en 20260617 prefijo FE desde el número 238 al 300 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 306327ddff57ca0ae95924d33e0c563fe6b08c70de10c2f568ad6b3e14df12a6b20edf2cb613f708d3711a178b30b1fa

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4652639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO JARAMILLO PAQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 11A N 118 -73	TELÉFONO:	5228373
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - MAURICIO 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6027651437**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	563015858

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 2.240.000	$ 0	$ 0	$ 70.000	$ 70.000	$ 1.700	$ 200	$ 2.380.000	$ 1.900	$ 2.381.900
SUBTOTALES:										**$ 2.380.000**	**$ 1.900**	**$ 2.381.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.750.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 1.750.000	$ 1.400	$ 0	$ 1.751.400
SUBTOTALES:													**$ 1.750.000**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 1.751.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 341.100	$ 341.100	$ 300	$ 0	$ 341.400
SUBTOTALES:									**$ 341.100**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 341.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 4652639	JARAMILLO PAQUE MAURICIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 14.000.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 14.000.000	$ 2.240.000	$ 70.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.380.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 14.000.000	$ 1.750.000	$ 0	$ 1.750.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 14.000.000	4652639	$ 341.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.474.700

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 MAURICIO JARAMILLO PAQUE identificado(a) con C4652639 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:C46526392623630428

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

9ff311f8-d6ea-43e9-aee7-74778c2b79f9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

MAURICIO JARAMILLO PAQUE

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 %

5 de agosto 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=9ff311f8-d6ea-43e9-aee7-74778c2b79f9

10:27 4G 77

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

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

almeraim.com

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		
☐	1106-02.pdf	1106-02.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1106-03.pdf	1106-03.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1106-04.pdf	1106-04.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1106-05.pdf	1106-05.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1106-06.pdf	1106-06.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1106-07.pdf	1106-07.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados