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:	ROMULO FIERRO PIEDRAHITA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	7686533	
CORREO ELECTRONICO:	kaayro11@hotmail.com				CELULAR:	3142703034	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA INTERNA USS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A11	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	84939146317				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1246			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29551	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:			$23,395,738				
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:	$163,588,098
VALOR EJECUTADO	$160,629,494
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$23,395,738
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,958,604
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
94291234	$9,795,258	$1,224,407	$1,567,241	3	$238,612	$3,030,261

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 médico especialista de medicina interna en la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., el cual garantice realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizó atención como medico internista a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	Se evidencia como registro en historia clinica 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 en el uso adecuado de la informacion de los usuarios en la historia clinica	se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA
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 regsitro de las actividades realizadas en las consultas cumpliendo os procesos de costos y facturacion de la entidad	llevo regsitro de las actividades realizadas en las consultas cumpliendo os procesos de costos y facturacion de la entidad
4. Participar en la programación de actividades del área.	Se participar en la programación de actividades del área	participo en la programación de actividades segun la agenda programada
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Notifico las fallas que evidencie en el momento de prestar el servcio, participo en los analisis que me sean convocados por al entidad	Aplicatico mesa de ayuda
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 que eviencio durante la atencion de la consulta	Notifico de manera oportuna e infomor al supervisor inmediato
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Diligencio de forma adecuado los formatos de la historia clinica me guio de los protocolos y guias e la institucion para la adecuada prestacion del servicio	Registro Historia clinica DINAMICA
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se practica el seguimiento al suuario entregado al auxiliar del porgrama para su controlInformo al paciente y familiar durante la consulta de su estado de salud,tratamiento y plan a seguir para su mejoria	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se informa al paciente y o familiar sobre porcedimiento a realizar durante la consulta	Firma de consentimiento informado entregado en archivo
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Se Apoya en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Durante la consulta informo al apciemnte y su familia sobre su condicion	elaboracion de tratamiento segun la patologia del usuario
12. Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emito el concepto medico durante la consulta como se reuqiere	Registro en la hisotira clinica sobre el concepto medico
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Se Apoya en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
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.	Conozco y doy cumpliento a los procedimientos que esyablecve la entidad para la prestacion dels ervcio	elaboro informe mensual
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.	Velo y respondo por los recursos dados por la institucion garantizando su buen funcionamient	Acta de entrega y firma diaria de supervision
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.	Asisto y participo activamente en los procesos de actualizacion y fortalecimiento de competencias y a reunioes a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que se ejecuten	Actas de asistencia
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Asisto y participo activamente en los procesos que me sean solicitados según la necesidad de la entidad	Acta y listado de asistencia a reuniones
18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Estar presto ante la necesidad de la unidad en el momento que se requiere apoyo de	Notficacion al lider inmediato en caso de uan eventualidad
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Realizó atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
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	Estar presto a las necesidad de la undiad y lo que me designe el lider inmediat	Registrar evidencia en dinamica de las consultas realizadas
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	realizo supervision de los contratos que se an asigandos	si durante el mes realizo supervision que me sea designado
22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo.	Registro en aplicativo SURESOC

Copia Certificado Subred Sur Occidente

23. Contribuir a la elaboración, revisión y actualización de guías, protocolos y procedimientos clínicos de su especialidad	contribuyo con la elaboracion y revsion de guis y protocolos de mi especialidad	en el momento que me sea convocado para analisis de los mismo
24. Garantizar el uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, conforme a la normatividad vigente	garantizo la debida formulacion del paciente segun patologia y control	registro en la historia clinica
25. Brindar apoyo técnico-científico al equipo interdisciplinario para la toma de decisiones clínicas complejas.	brindo apoyo al equipo interdiscioplinario cuando se reuqiera	cuando me sea convocado e la toma de desiciones
26.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	estar presto a las necesidad de la undiad y lo que me designe el lider inmediato	estar presto a las necesidad de la undiad y lo que me designe el lider inmediato

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e725727366ae72d45499091e5f20ac8733f5b791fce177beb3cc08d44211a3f451d0aad9d5e7df880532853ea0d07e6a

Número de Factura: RP-31
Fecha de Emisión: 12/08/2026
Fecha de Vencimiento: 12/08/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FIERRO PIEDRAHITA ROMULO
Nombre Comercial: FIERRO PIEDRAHITA ROMULO
Nit del Emisor: 7686533
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 47 B SUR 23 A 70
Teléfono / Móvil: 3142703034
Correo: figueroa110695@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 39 46
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: facproveedores@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	001	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	NIU	1,00	$ 23.395.738,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 23.395.738,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
12/08/2026 11:39:13
Documento validado por la DIAN:
12/08/2026 11:39:14
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	23395738
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	23395738
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	23395738
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 23395738

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	23.395.738,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	23.395.738,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	23.395.738,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 23.395.738,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764096270787 Rango desde: 18 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-07-29

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

< Evalua

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 ROMULO FIERRO.pdf	FEBRERO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	MARZO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2026 ROMULO FIERRO.pdf	ABRIL 2026 ROMULO FIERRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	MAYO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	JUNIO 2026 ROMULO FIERRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

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

Hace constar que:

ROMULO FIERRO PIEDRAHITA

CC ***7686533***

Participó en el proceso de formación:

Modelo de Relacionamiento

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *13 de agosto de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7686533	ROMULO FIERRO PIEDRAHITA	CALLE 47b sur # 23 a 70	3142703034	kaayro11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94291234	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$3.133.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.224.500	0		0		0	2	1.900	0	1.226.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.567.300	0	0	49.000	49.000	2	2.400	200	1.667.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	238.700				238.700	2	400	239.100			2.387	239.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.224.500	1.226.400
Pensión	1	1.665.300	1.667.900
Riesgos Laborales	1	238.700	239.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.128.500	3.133.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7686533	ROMULO FIERRO PIEDRAHITA	CALLE 47b sur # 23 a 70	3142703034	kaayro11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94291234	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$3.133.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 7686533	FIERRO PIEDRAHITA ROMULO	59	0			N							X										230301	9.795.258	30	1.567.300	0	0	49.000	49.000	EPS005	9.795.258	30	1.224.500	14-11	9.795.258	30	3	238.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información