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:	EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80214661		
CORREO ELECTRONICO:	edwmao554@hotmail.com				CELULAR:	3152636734		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA INTERNA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08A11	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24145710181					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1244			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29530	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:	$8,648,230						
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:	$60,810,712
VALOR EJECUTADO	$60,719,678
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,648,230
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$91,034
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
94185040	$3,459,292	$432,412	$553,487	3	$84,268	$1,070,167

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

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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
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	Atiende los pacientes del servicio de medicina interna en el área programada por la subred integrada de servicios de salud E.S.E	Realice la atención de los pacientes de medicina interna en el área de consulta externa, CDS zona franca
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Realiza el adecuado diligenciamiento de la historia clínica según las normales legales	Se realizó diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1999
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	Se realiza el registro de las atenciones, procedimientos e intervenciones a su cargo, actualizándolos de forma permanente	Realizo el registro de las atenciones, procedimientos e intervenciones a mi cargo de forma completa en la historia clínica, actualizándolos de forma permanente
Participar en la programación de actividades del área	Participa en las actividades del área	Participe en las reuniones programadas en el CDS zona franca de acuerdo con las actividades asignadas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporta los eventos de notificación obligatoria de forma oportuna	No tuve eventos de notificación obligatoria este mes
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	Reporta los sucesos de seguridad por los caneles establecidos por la subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E y participa en las unidades de análisis	Reporte los sucesos de seguridad a través del link de la página web de la subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E Código: 103419 No fui citado a unidad de análisis
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparte instrucciones de forma adecuada al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Mi actividad en la subred es solo de consulta externa, no tengo equipos a mi cargo para el manejo del paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencia de forma adecuada los formatos con legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencié la historia clínica de los pacientes atendidos en la consulta externa de forma completa y oportuna, así como los formatos de formulación y ordenes de servicios
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencia en consentimiento informado	Se diligenciaron los consentimientos informados necesarios de forma completa e integral
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Realiza el seguimiento a los pacientes	Se realiza el seguimiento de los pacientes en la consulta externa, especialmente los pertenecientes a ruta cardiocerebrovascular
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informa al paciente y sus familiares sobre su condición de salud y plan de manejo	Brinde información clara y completa a los pacientes y sus familiares sobre su estado de salud y plan de tratamiento, se usó la estrategia de comunicación redundante
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emite los conceptos médicos requeridos	Emití los conceptos médicos que me fueron requeridos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Cumple con las normas del sistema obligatorio de garantías de calidad	Cumplí con las normas establecidas en el sistema obligatorio de garantías de la calidad acorde con los requerimientos de la subred
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elabora el informe mensual del desarrollo de su actividad contractual	Realice el informe mensual de desarrollo de mi actividad y fue entregado a mi supervisor: Rendimiento 2.3 eficiencia 91%
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Maneja con responsabilidad los elementos brindados por la subred para la consulta externa	Se trata con responsabilidad y cuidado los elementos brindados por la subred para la consulta de medina interna: computador, impresora, mobiliarios y equipos médicos
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participa en las reuniones de capacitación, inducción, mejoramiento y acreditación	Participe en las reuniones de capacitación, inducción, mejoramiento y acreditación; este mes participe del asegúrate del mes: buena práctica de comunicación clínica
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conoce los procedimientos, da cumplimiento y apoya su implementación	Conozco los procedimientos asociados a los servicios ambulatorios de la subred, en especial los asociados a rutas cardiocerebrovacsular, asma EPOC y mantenimiento; doy cumplimento a los mismos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoya a la subred en las actividades requeridas	Este mes no fui requerido para actividades interinstitucionales y extrainstitucionales

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registra las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registré de forma integral y completa todas las atenciones de los pacientes de la consulta de medicina interna en el formato de historia clínica del sistema Dynamica gerencial, así como los formatos de plan de contingencia avalados por la subred en los días que no se contó con sistema
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participa en las actividades de investigación que adelanta la subred	En el momento no participo en ninguna de las actividades de investigación de la subred
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realiza la supervisión de los contratos para los que sea designado	En el momento no tengo a cargo la supervisión de ningún contrato en la subred
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Cargo mes a mes el soporte de pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales en la plataforma SURESOC
Contribuir a la elaboración, revisión y actualización de guías, protocolos y procedimientos clínicos de su especialidad	Contribuye a la elaboración, revisión y actualización de guías, protocolos y procedimientos clínicos de su especialidad	Actualmente no he sido requerido para la revisión de guías, protocolos ni procedimientos de la subred
Garantizar el uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, conforme a la normatividad vigente	Garantiza el uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Durante la consulta reviso de forma adecuada la formulación de mis pacientes ajustando los planes de manejo de acuerdo con su evolución
Brindar apoyo técnico-científico al equipo interdisciplinario para la toma de decisiones clínicas complejas	Brinda apoyo al equipo interdisciplinario de salud	Cuando soy requerido por mis compañeros en la sede doy mi concepto en cuanto a las decisiones del manejo de los pacientes
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realiza las actividades asignadas acorde a su objeto contractual	Realizo las actividades asignadas en mi contrato y por mi líder de sede de acuerdo con mis objetivos contractuales Se cumple con la meta de sintomático respiratorio, se derivan los pacientes con documento 19055693, 41455147, 9196077

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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

EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO
NIT: 80214661 - 9
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 72 C 22 A 24 AP 608, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6017222487
Email. jmcontadoresjm@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764109533363 válida desde 2026-05-07 hasta 2026-11-07 rango desde 322 hasta 700

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT: 900959048
Dirección: CL 9 No. 39 - 48, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3107560505
Email: coordinacionzonafranca@gmail.com

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **329**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **11:51:57**
FECHA FIRMADO: **08/08/2026 11:51:58**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
08	08	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HM2	HONORARIOS MEDICOS - DEL MES DE AGOSTO 2026	94	95,00	$91.034,00				$0,00	$8.648.230,00

Notas:

SON: (ocho millones seiscientos cuarenta y ocho mil doscientos treinta pesos con cero centavos)

CUFE: f4d6cca0623da20e0fb49a20d094fc287c77c09d3539941f4f35af64c91243615e82282cac0956a31a9b136108548daf

Subtotal:	$8.648.230,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$8.648.230,00

Firma Digital: aSEmcCS6U06jx/DId/RW6Fe6lKhUR3w1OV37y3B2fNo6wqg7niBIe0sD8EDMlqQe
xswKTD9EAabeEz5TuZMP6kwoR1K93Excj1CkPEk8Aalu2wk5DS3wS4bLceFP7nAt
TpAMxYFb/WBOBl7dx1mVco+k3Foy992FffFdQyyAxll/Kcdi1L9QRYnFOv4ik3mE
W0d48G2c6zwyhGudXrqshd5Yns434+4IuUhFId4mhbWBYLeJQaxJANy5iccpysi1
1KcDQfwljgJFfvcVzVTzx7KYzQ+kcf3j3sje3MGV7Lg6mTy+Ip0muRQhYWSy7WQA
CsTVfF02yNwtr9iaoVqOig==

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..

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	80214661	EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO	carrera 72c # 22a-24	3152636734	edwmao554@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
		94185040	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$1.877.300	

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	758.500	0		0		0	0	0	0	758.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	970.900	0	0	0	0	0	0		970.900	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	147.900				147.900	0	0	147.900			1.479	147.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	758.500	758.500
Pensión	1	970.900	970.900
Riesgos Laborales	1	147.900	147.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.877.300	1.877.300

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	80214661	EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO		carrera 72c # 22a-24	3152636734	edwmao554@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
		94185040	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$1.877.300	

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	ING	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 80214661	TELLEZ GUERRERO EDWIN MAURICIO	59	0			N								X									25-14	6.068.000	30	970.900	0	0	0	0	EPS005	6.068.000	30	758.500	14-11	6.068.000	30	3	147.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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