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:	YAMID JOSE PERALTA CABARCAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	15172135	
CORREO ELECTRONICO:	yperalta.ips.hco@gmail.com				CELULAR:	3116843395	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	COLECTOR ANESTESIA HOSPITALARIA USS FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03H01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	49010010				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	670			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32184	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$22,320,000				
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:	$135,360,000
VALOR EJECUTADO	$135,360,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$22,320,000
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
9507861420	$8,640,000	$1,080,000	$1,382,400	3	$210,470	$2,672,870

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

Daniel Arturo Jiménez Franco
1020762516
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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 para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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 el 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO LO REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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 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.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	CUANDO SE REQUIERA
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
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 requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
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 mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
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	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

Daniel Arturo Jiménez Franco
1020762516
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

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

NIT: 15172135 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764106274776
Fecha 24/02/2026 - 24/08/2026
Autorización de Facturación Electrónica del YP255 al YP300
Perteneciente a Régimen Simple de Tributación 0-47
Email: yamidperalta@gmail.com
Teléfono: 3116843395

Departamento	Fecha		
Bogotá	21	07	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° YP277

Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	**NIT:**	900959048 - 4	**Fecha de firmado:**	21/07/2026 10:27:09
Dirección:	Cl. 9 #39-46, Bogotá	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	3756579
Email:	liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co	**Forma de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Transferencia Débito Bancaria
Vencimiento:	Agosto 10 del 2026	**Hora emisión:**	10:27:06	**Moneda:**	COP, Peso colombiano
Fecha de pago:	10/08/2026	**Total de Lineas:**	1		

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	186,00	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Servicios prestados como medico especialista en anestesia en subred suroccidente durante mes de Julio de 2026 por un total de 186 horas	WSD				$120.000,00	$22.320.000,00

Notas:

SON: (veintidós millones trescientos veinte mil pesos con cero centavos)

CUFE: fb69719c79b3f28d584e4d654b7c158902312032f73cf02154bf8297570057b5f36c44fc44e75149701edf0de8990256

Subtotal:	$22.320.000,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$22.320.000,00

Firma Digital:
jYSNM8HI4lYOQZ2QdOJnOR4AnI1uvslLIMOD3jCS59eqlTZAuogT3Dgg3YSd7BVJ9d3vGgwDNUqI3CzMHN4p5PgzB
AUpeIBprzTYtSps0m7XR+n/G2Zd9YJ/au/
F0AnVQFbCi8cYZiIlWOloxGBc4BV3PCFnHpWtPXRLdxnJJAG3MC+tlzcNaShQa2Nh+/NSBTLH1cOlYGaF/
XKT1qWPUrIkOo/SH0nsSZr6imADbxaA5hXtkwkQRJc616/mg0wba1MEOg0Uvj2JkH/2MWJOX3OfYJQPI6ida/
h6B7IhXYOWDXilAz27X7Xhic8MWBEqjj6/tAWXnzWN5j7t5k/6rQ==

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 de Venta Electrónica.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15172135		PERALTA CABARCAS YAMID JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 23 # 66-39 torre 8 apto 804	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4836935	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	478581579	9507861420	I	2026/07/08	2026/07/14	BANCO CAJA SOCIAL	6	$4,361,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$13,595,320	$2,311,300			$13,595,320	$1,699,500			$0	$0			$13,595,320	$331,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$13,595,320	$2,311,300			$13,595,320	$1,699,500			$0	$0			$13,595,320	$331,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$13,595,320	$2,311,300			$13,595,320	$1,699,500			$0	$0			$13,595,320	$331,200		$0	$0
1	CC	15172135	PERALTA YAMID	25-14	30	$13,595,320	$2,311,300	EPS005	30	$13,595,320	$1,699,500		0	$0	$0	14-11	30	$13,595,320	$331,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$13,595,320	$2,311,300			$13,595,320	$1,699,500			$0	$0			$13,595,320	$331,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,311,300	$10,200	$0	$2,321,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,311,300	$10,200	$0	$2,321,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,200	$1,500	$0	$332,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$331,200	$1,500	$0	$332,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,699,500	$7,500	$0	$1,707,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,699,500	$7,500	$0	$1,707,000
TOTAL				**1**	**$4,342,000**	**$19,200**	**$0**	**$4,361,200**