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:	JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032388393	
CORREO ELECTRONICO:	drjuanhernandez1987@gmail.com				CELULAR:	3213306989	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03J02-CV19	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67585505568				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	689			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32202	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-08-01		2026-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$8,739,264				
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:	$71,552,724
VALOR EJECUTADO	$57,897,624
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,739,264
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$13,655,100
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
9509408025	$3,058,742	$382,343	$489,399	3	$74,511	$946,253

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

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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.	Realización de consultas de medicina interna y rondas hospitalarias.	Evoluciones en Historia Clínica (HC) y órdenes médicas.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro riguroso de antecedentes y examen físico bajo normas legales.	Historias clínicas diligenciadas al 100%.
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	Diligenciamiento de RIPS y formatos de censos diarios de pacientes.	Reporte estadístico mensual o RIPS validados.
4) Participar en la programación de actividades del área.	Asistencia a reuniones de asignación de turnos y agendas.	Acta de reunión o cuadro de turnos aprobado.
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Identificación y reporte de casos de interés en salud pública (SIVIGILA).	Fichas de notificación SIVIGILA radicadas.
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.	Reporte de incidentes y participación en comités de morbimortalidad.	Formatos de reporte de eventos adversos/actas.
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Liderazgo de la ronda médica y delegación de cuidados a enfermería.	Notas de enfermería con órdenes ejecutadas.
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Verificación de la claridad en fórmulas y notas de evolución.	Auditoría de pares con concepto favorable.
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Explicación de riesgos y beneficios de procedimientos invasivos.	Formatos de consentimiento debidamente firmados.
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Control ambulatorio de pacientes crónicos o post-hospitalizados.	Registro de consultas de seguimiento en el sistema.
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Realización de juntas familiares para informar pronóstico y manejo.	Nota de información familiar registrada en la HC.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Elaboración de interconsultas para otras especialidades o entes.	Formato de interconsulta o concepto médico emitido.
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Subred.	Listas de chequeo de adherencia a guías.
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.	Consolidación de datos de atención y gestión del mes.	Informe de actividades firmado y entregado.
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.	Uso adecuado de equipos (fonendoscopio, tensiómetro, PC).	Inventario de activos o acta de entrega/recibo.
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.	Asistencia a talleres de actualización o capacitaciones de la Subred.	Certificados de asistencia o listados de asistencia.
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Aplicación de protocolos institucionales de ingreso y egreso.	Historias clínicas ajustadas a protocolos.
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Participación en jornadas especiales o apoyo a otros servicios.	Registro de asistencia o nota de apoyo prestado.
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Ingreso de datos en el software institucional de la Subred.	Base de datos de pacientes atendidos exportada.
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.	Aporte de datos o casos clínicos para estudios de la institución.	Reporte de caso o base de datos para investigación.
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Seguimiento técnico a personal a cargo o servicios delegados.	Informe de supervisión o visto bueno de facturación.
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos	Pago mensual de aportes a salud, pensión y ARL.	Planilla PILA pagada del mes correspondiente.
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realización de tareas extraordinarias solicitadas por el jefe inmediato.	Memorando o correo de solicitud con respuesta.

Copia Certificado
Subred Sur Occidente

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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

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 1032388393		HERNANDEZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66 # 59 - 31 Torre 8 apto 1106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9433477	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	560822214	9509408025	I	2026/08/25	2026/08/12	BANCOLOMBIA	0	$3,276,100

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)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0
1	CC	1032388393	HERNANDEZ JUAN	230301	30	$10,258,000	$1,743,900	EPS005	30	$10,258,000	$1,282,300		0	$0	$0	14-11	30	$10,258,000	$249,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$10,258,000	$1,743,900			$10,258,000	$1,282,300			$0	$0			$10,258,000	$249,900		$0	$0

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 1032388393		HERNANDEZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66 # 59 - 31 Torre 8 apto 1106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9433477	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	560822214	9509408025	I	2026/08/25	2026/08/12	BANCOLOMBIA	0	$3,276,100

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	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,743,900	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,743,900	$0	$51,300	$0	$51,300	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,900	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$249,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,282,300	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,282,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$3,276,100	$0	$51,300	$0	$51,300	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$1,743,900
$1,743,900
$249,900
$249,900
$1,282,300
$1,282,300
$3,276,100

JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ
NIT: 1032388393 - 2
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 53 57 71 P2, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6019433477
Email. drjuanhernandez1987@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764109646018 válida desde 2026-05-11 hasta 2028-05-11 rango desde JCJC101 hasta JCJC199

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900959048
Dirección: Calle 9 No. 39 - 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: +571375569
Email: liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **JCJC106**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **13:46:29**
FECHA FIRMADO: **19/08/2026 13:46:31**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
19	08	2026	01	09	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	SERVICIOS MEDICOS ESPECIALISTA Especialista en medicina interna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.durante el mes de AGOSTO 2026por 96(NOVENTA Y SEIS) horas	WSD	96,00	$91.034,00				$0,00	$8.739.264,00

Notas:

SON: (ocho millones setecientos treinta y nueve mil doscientos sesenta y cuatro pesos con cero centavos)

CUFE: 78371a109bf8f5d336905ec83bca2d94f3723df8fb6d9d76689d6769469f21a105a5fa0f9dc37fd855eefa0a8d065dfc

Subtotal:	$8.739.264,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$8.739.264,00

Firma Digital: t2nrP/db1gyTgMy91R7ZZFduRZlBcdQJkHmeSji1OtubPxtak5SdDuSWXf9/8KY+
s0z/idwJfRd/6jXDXqObPcgwgcSHfWwxqvLf+zIK77My/hdCe7CsruWujn1GuX07
32yDWMxR4Ef3cjc9tW3L645xPPsBmSYYtFxDgrEUkk2aegaGiepu8ZrnIGs2qf/4
chJG/O+UpUlPn/8X9+CnqhhQbrRsai1DCi6XGnn6qq8HBhVwOC2u/LcsH32by8dA
Psmliwnbg7uqjcbPouRPkUuA728lIaXGktnjC7cQ7W5d8pK8JJcF+Ws8PI8+31Au
fkO6K8vaW0/lj6Il880hdQ==

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..