| 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: | GABRIEL EDUARDO VARGAS MONTENEGRO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1032444483 | |
| CORREO ELECTRONICO: | g.vargas.emontenegro@gmail.com | | | | CELULAR: | 6013220950 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QX ORTOPEDIA USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03C11 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO COLPATRIA | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 2832009307 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 696 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1731 | FECHA | 2026-08-19 10:44:40.000 | NÚMERO DE CRP | 32211 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $10,377,876 | | | | | | |
| 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: | $69,914,112 |
| VALOR EJECUTADO | $58,443,828 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $10,377,876 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,470,284 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 84% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 79829313 | $4,369,632 | $546,204 | $699,141 | 3 | $106,444 | $1,351,789 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 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

| | | |
|---|---|---|
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | 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 |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | 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

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 | 1032444483 | GABRIEL EDUARDO VARGAS MONTENEGRO | kr 31 a # 25 25 APt 405 | 3164133072 | G.VARGAS_EM@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 |
| | | 79829313 | 11/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $2.103.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 850.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 850.000 | 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 | 1.088.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1.088.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 165.700 | | | | 165.700 | 0 | 0 | 165.700 | | | 1.657 | 165.700 | 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 | 850.000 | 850.000 |
| Pensión | 1 | 1.088.000 | 1.088.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 165.700 | 165.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.103.700 | 2.103.700 |

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 | 1032444483 | GABRIEL EDUARDO VARGAS MONTENEGRO | kr 31 a # 25 25 APt 405 | 3164133072 | G.VARGAS_EM@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 |
| | | 79829313 | 11/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $2.103.700 | |

## 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 | Excenvado | 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 1032444483 | VARGAS MONTENEGRO GABRIEL EDUARDO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 6.800.000 | 30 | 1.088.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 6.800.000 | 30 | 850.000 | 14-23 | 6.800.000 | 30 | 3 | 165.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**GABRIEL EDUARDO VARGAS MONTENEGRO**
NIT: 1032444483 - 7
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 31 A 25 25 AP 405, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3155092524
Email. g.vargas_em@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764100533759 válida desde 2025-10-23 hasta 2027-10-23 rango desde FEGV1 hasta FEGV500

---

**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
**NIT:** 900959048
**Dirección:** CL 93935, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001
**Teléfono:** 6014546800
**Email:** gerencia@subredsuroccidente.gov.co

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 22/07/2026
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** **FEGV4**

**MONEDA:** **COP Peso colombiano**
**HORA EMISIÓN:** **16:24:43**
**FECHA FIRMADO:** **23/06/2026 16:24:46**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 23 | 06 | 2026 | 22 | 07 | 2026 |

| **No. Orden comprador:** | Contrato No. 696-2026 | **Fecha:** | 01/02/2026 |
|---|---|---|---|

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 001 | SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | WSD | 114,00 | $91.034,00 | | | | $0,00 | $10.377.876,00 |

**Notas:** Servicios especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Ortopedia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

**SON:** (diez millones trescientos setenta y siete mil ochocientos setenta y seis pesos con cero centavos)

**CUFE:** c130eef9681ff67516405b93b6cb4a0e26abdc37ee39a1a1374c6395c8a16fc57e2e9d3bc65829dc741963514018ccf8

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $10.377.876,00 |
| **Cargos:** | $0,00 |
| **Descuentos:** | $0,00 |
| **Total:** | $10.377.876,00 |

**Firma Digital:** ePY7F4hYIJc+KCe+Fhih7ydW2GH37hwjGjnFm3eNnIltKoCfQcz77e1AtjiQGXGF
tuCVMy+96ta9KzeOAo8EaOmuvy6zDc8y7MuBwgZm382wAWfrfKnmMa+lzho+0l8S
aOr3YXdlFK4k3D7rjHSibPHxWnObtd3o0i0rdtIML/vvWL9JVy3qaHGNQC3a4dBp
KD9QNRHJHGMHu6szV9hxJjoE4dN+NrVxO4jQBZBogdv4Moed9YBWgoU35BK40+sk
3MM2lyuTEZA61mumaxUxdi/2P3yuJ0Z39Qpm+WnajJmlyOoNhUJvgpRDUu0zkogB
tT/l8egHX6NTmKL0ne/9Kw==

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..**

f77b8eef-093f-4d50-879e-d85c22e5d3e3

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

## *Gabriel Eduardo VARGAS*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

## Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

29 de junio 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=f77b8eef-093f-4d50-879e-d85c22e5d3e3