| 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: | Nicolas Antonio Caicedo Cuesta | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1070924492 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | tony.caicedo.29@gmail.com | | | | CELULAR: | 3222301375 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL USS 51 ZONA FRANCA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | |
| | FO08A10 | 70 | FO05A10 | 30 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550485900007660 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1361 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1713 | FECHA | 2026-08-13 15:53:21.000 | NÚMERO DE CRP | 29537 | 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: | | | $6,325,560 | | | | |
| 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: | $45,649,458 |
| VALOR EJECUTADO | $44,841,192 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,325,560 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $808,266 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 94231471 | $2,516,167 | $314,521 | $402,587 | 3 | $61,294 | $778,401 |

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 |
|---|---|---|
| 1. Practicar las valoraciones e intervenciones médicas necesarias, estableciendo diagnósticos y prescribción del tratamiento acorde con la patología diagnóstica. | Se realiza la atención por medicina general a los pacientes agendados durante el presente periodo. | Registro Historia Clínica |
| 2. Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred. | Se elabora la historia clínica de cada uno de los pacientes agendados para la atención de citas resolutivas, control, crecimiento y desarrollo, crónicos, binomio, vejez y gestantes durante el presente periodo | Registro Historia Clínica |
| 3. Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes; así mismo, abstenerse de realizar manipulación de agendas. | Planifiqué y organicé para cumplir con los tiempos asignados a cada paciente, brindando atención oportuna y de calidad en cada consulta. | Programación de agenda del mes de Agosto |
| 4.Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades. | Planes de mejoras | No se presento este mes |
| 5.Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de indicadores de pyd, consulta resolutiva, prioritaria, rendimiento y productividad en el área o servicio asignado. | Se realiza la programación y cumplimiento de la atención médica correspondiente a 186 horas en el presente periodo | Programación de agenda del mes de Agosto |
| 6.Realizar de manera óptima la gestión y registro de los formatos correspondientes para el traslado interno de los pacientes, cuando se requiera remisión a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente. | Esta actividad no se presentó este mes. | No aplica |
| 7. Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA | Reporte de eventos de notificación obligatoria | Reporte suceso de seguridad 102324 |
| 8. Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales. | Se siguen las normas, guías y protocolos con el fin de garantizar adecuadamente la prestación del servicio | Registro Historia Clínica |
| 9. Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades | Se realiza informe del periodo correspondiente al mes de Agosto | Informe |
| 10.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Se participa activamente en las capacitaciones citada | Asistencia a las capacitaciones programadas, asegurate del mes Agosto: Buena practica de comunicación clínica |
| 11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad. | Reporte de eventos de notificación obligatoria | Sintomaticos respiratorios: Juan Antonio Trochez - 12275268 |
| 12. Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas. | Se garantiza custodia de la informacion | Registro Historia Clínica |
| 13. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta. | Se realiza revisión y actualización de agenda con la líder del proceso | Se realiza revisión y actualización de agenda con la líder del proceso |
| 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. |
| 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. | Velar por el uso adecuado de los equipos puestos a mi disposición durante la consulta Recibo y entrega de consultorio | Velar por el uso adecuado de los equipos puestos a mi disposición durante la consulta Recibo y entrega de consultorio |
| 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. | Se siguen las normas y protocolos adecuadamente para evitar contagios tanto para el personal médico como para los pacientes | Se siguen las normas y protocolos adecuadamente para evitar contagios tanto para el personal médico como para los pacientes |
| 17. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional. | Durante el presente periodo no se presentó ningún caso fortuito o de fuerza mayor que haya impedido la asistencia a la consulta | Esta actividad no se presentó este mes |
| 18. Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios. | Durante el presente periodo no se presentó ningún caso fortuito o de fuerza mayor que haya impedido la asistencia a la consulta | Esta actividad no se presentó este mes |
| 19. Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc. | Se realiza entrega de la constancia de afiliación y pago de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales correspondientes al mes de Agosto | Planilla de pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales del mes de Agosto |
| 20. Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto del contrato. | Se realiza atención de consulta programada y remplazo de inasistencias | Rendimiento San Pablo 2.8 - Rendimiento Zona Franca 3.2 |
| 21. Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio | Realizacion y renovacion de cursos indicados por noramtividad | Inscripción a cursos y realizacion de los mismos |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

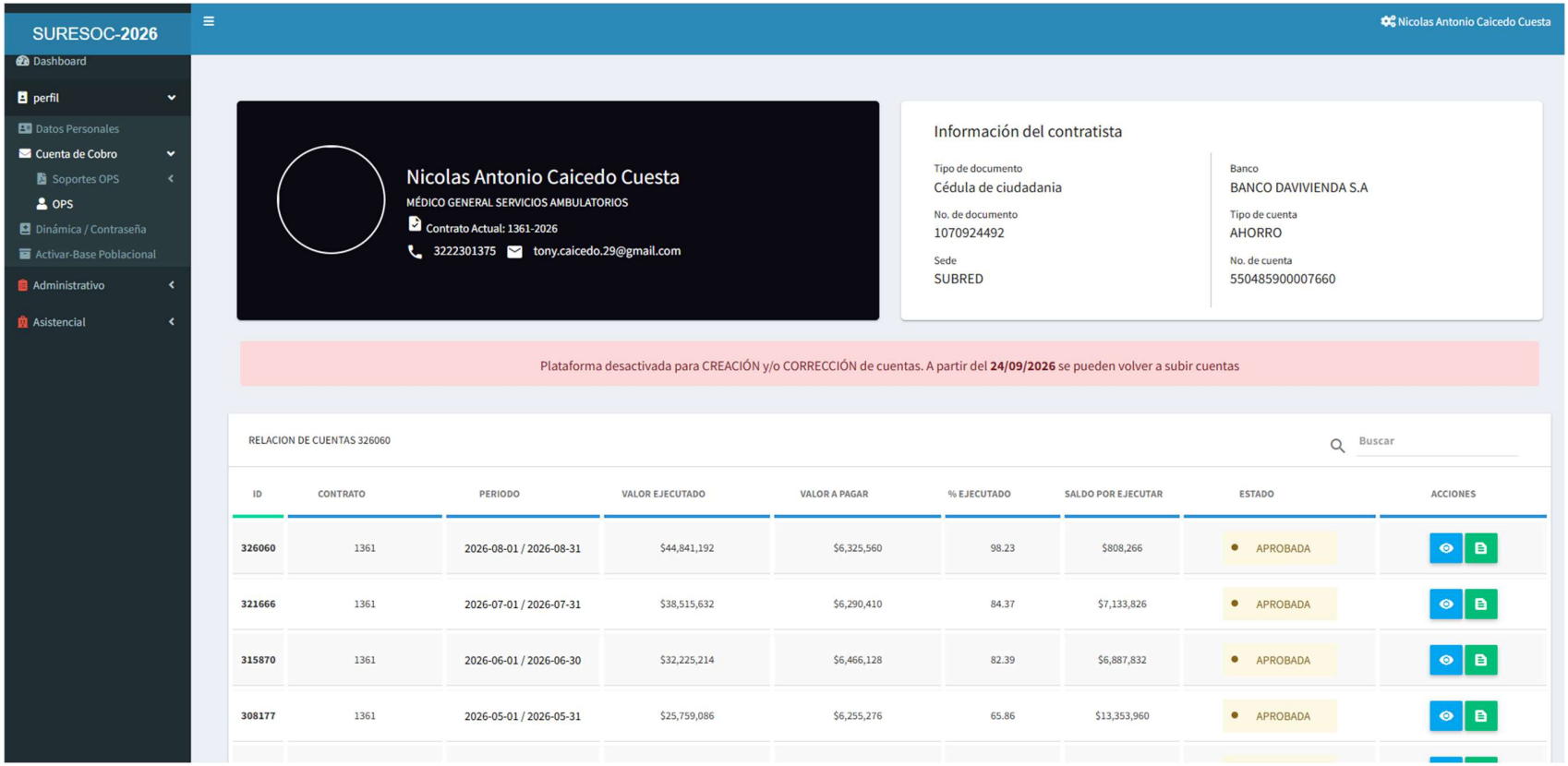
Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

---

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


SURESOC-2026
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Nicolas Antonio Caicedo Cuesta
Nicolas Antonio Caicedo Cuesta
MÉDICO GENERAL SERVICIOS AMBULATORIOS
Contrato Actual: 1361-2026
3222301375
tony.caicedo.29@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
1070924492
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
550485900007660
Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 24/09/2026 se pueden volver a subir cuentas
RELACION DE CUENTAS 326060
Buscar
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
326060
1361
2026-08-01 / 2026-08-31
$44,841,192
$6,325,560
98.23
$808,266
APROBADA
321666
1361
2026-07-01 / 2026-07-31
$38,515,632
$6,290,410
84.37
$7,133,826
APROBADA
315870
1361
2026-06-01 / 2026-06-30
$32,225,214
$6,466,128
82.39
$6,887,832
APROBADA
308177
1361
2026-05-01 / 2026-05-31
$25,759,086
$6,255,276
65.86
$13,353,960
APROBADA

**DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUDSUROCCIDENTE E.S.E**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NICOLASANTONIOCAICEDOCUESTA**
**C.C1070924492 DE COTA**

La suma de $ 6.325.560 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional. Durante el periodo de 01 de Agosto al 31 de Agosto por 180 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No: 1361-2026



**NICOLASANTONIO CAICEDO CUESTA**
**C.C. 1070924492 DE COTA**
**CUENTADEAHORROSBANCODAVIVIENDA**
**NUMERO 550485900007660**

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 | 1070924492 | NICOLAS ANTONIO CAICEDO CUESTA | CLL 77 A 113 A 16 | 3222301375 | tony.caicedo.29@gmail.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 |
| | | 94231471 | 27/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $801.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 323.400 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 500 | 0 | 323.900 | 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 | 413.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 700 | 0 | 414.600 | 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 | 63.100 | | | | 63.100 | 2 | 100 | 63.200 | | | 631 | 63.200 | 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 | 323.400 | 323.900 |
| Pensión | 1 | 413.900 | 414.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 63.100 | 63.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 800.400 | 801.700 |

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 | 1070924492 | NICOLAS ANTONIO CAICEDO CUESTA | CLL 77 A 113 A 16 | 3222301375 | tony.caicedo.29@gmail.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 |
| | | 94231471 | 27/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $801.700 | |

## 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 | 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 1070924492 | CAICEDO CUESTA NICOLAS ANTONIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.586.452 | 30 | 413.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS001 | 2.586.452 | 30 | 323.400 | 14-11 | 2.586.452 | 30 | 3 | 63.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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