**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**OSCAR JAVIER CEPEDA MOLINA**

**C.C 79994322**

La suma de $ 7.459.020, por concepto de prestación de servicios como Médico General en el área de Urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de agosto 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1871-2026.



**OSCAR JAVIER CEPEDA MOLINA**

**CC 79994322**

**CUENTA DE AHORROS**

**BANCO DAVIVIENDA**

**NÚMERO 4870231166**

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | cuenta Dr. enero 2026 secop.pdf | cuenta Dr. enero 2026 secop.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta febrero 2026 segundo Dr..pdf | Cuenta febrero 2026 segundo Dr..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2026 SECOP.pdf | CUENTA MARZO 2026 SECOP.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta abril sectop Doctor.pdf | Cuenta abril sectop Doctor.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta mayo 2026 segundo Cepeda.pdf | Cuenta mayo 2026 segundo Cepeda.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 79994322 | CEPEDA | MOLINA | OSCAR | JAVIER | 2026-08 | Famisanar | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 08/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 158 Registros en 16 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-08-11, 09:33:51 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2026 |
| **Empresa** | OSCAR JAVIER CEPEDA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 79994322 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1084337039 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 559693058 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 1.462.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 755.000 | $ 1.200 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 589.900 | $ 900 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 115.000 | $ 200 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 1.459.900 | $ 2.300 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 1.462.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

| 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: | oscar javier cepeda molina | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79994322 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | oskkarjav@gmail.com | | | | CELULAR: | 3885070 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10B02 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870231166 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1871 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1715 | FECHA | 2026-08-13 15:55:13.000 | NÚMERO DE CRP | 30297 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $7,459,020 | | | | |
| 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: | $52,710,408 |
| VALOR EJECUTADO | $52,710,408 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,459,020 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1084337039 | $3,182,515 | $397,814 | $509,202 | 3 | $77,526 | $984,543 |

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

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias. | Valora pacientes en estas dos áreas y cumple a cabalidad sus actividades | Libro de recibo y entrega de turno |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución. | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades | Lista de programación de actividades |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas. | Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido | Historia clínica manual |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria. | Realiza y registra de forma correcta las fichas de notificación obligatoria | Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso. | Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso | Historia clínica manual |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares. | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio. | Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes | Casos atendidos dentro del turno |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes. | CCumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio | Lista de asistencia a reuniones |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación. | Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica. | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los familiares y pacientes | Historia Clínica manual |

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 Controlada Subred Suroccidente