Copia Certificada
Subred Suroccidente

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:	Daniel Ignacio Garzon Luna						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1140869248	
CORREO ELECTRONICO:	danielig.garzon@urosario.edu.co				CELULAR:	3057225907	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (MEDIANA COMPLEJIDAD) USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	479343428				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	383			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	31878	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-05-01		2026-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,725,600				
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:	$99,981,920
VALOR EJECUTADO	$62,813,920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,725,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$37,168,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

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
85491216	$7,061,920	$882,740	$1,129,907	3	$172,028	$2,184,676

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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
323395. REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SU ESPECIALIDAD	Atención y valoración primera vez por psiquiatría en urgencias evolucion de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
323396. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES,	Dentro de todos los servicios de la institución. Se cumple ley 23 del 1981	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA
323397. 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,	Registro diario de pacientes valorados, entregas de turno	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA, , REGISTRO DE PACIENTES VALORADOS DIARIAMENTE
323398. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA,	Capacitación del personal del Hospital Psicoeducación a familiares y pacientes	Registro de historia Clínica
323399. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE,	Se reportan evento de notificacion obligatoria.	NOTIFICACION EN HISTORIA CLINICA
23400. NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO,	PARTICIPAR EN REUNIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	SE ADICIONA EN HISTORIA CLINCIA EN ACTAS CLINICAS , Y OI ADMINISTRATIVAS
323401. PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO,	Registro de Historia clínica y atención a pacientes y familiares diligenciamiento	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y FORAMTOS INSTITUCIONALES
323402. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE, DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD,	REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA EL O LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
323403. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO,	Atencion y valoracion primera vez Y SEGUMIENTO por psiquiatría ,Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios Y POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
323404. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN,	Registro de Historia clínica y atención a pacientes y familiares diligenciamiento de documentación de historia clinica	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA E INFORMACION A PACIENTE Y FAMILIAR
323405. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN,	SEGUIR METOODOLOGIA DE L SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTO DE LA SUBRED	CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS POR AL SUBRED
323406. EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN,	ELABORAR INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	ENTRGA MENSUAL DE ACTIVIDADES AL SUPERVISOR DE MI AREA
323407. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED,	NO APLICA	NO APLICA
323408. ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO,	Capacitación del personal del Hospital . Psicoeducación a familiares y pacientes	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y ACTA DEL SERVICIO RELACIONADA
323409. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,	CUMPLIR INDICACIONES DEL SUPERVISOR Y SUBRED EN GENERAL	CONTESTAR INTERCONSULTAS DE PSIQUIATRIA Y DAR SEGUMIENTO DE ESTOS PACIENTES .
323410. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADA	NO APLICA	NO APLICA
323411. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS,)	Registro de Historia clínica y atención a familiares, diligenciamiento de documentación de historia clinica	REGISTRO HISTORIA CLINICA ENTREGA Y REPORTE AL SUPERVISOR
323412. APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES,	Atencion y valoracion primera vez por psiquiatría en urgencias Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios"	REGISTRO HISTORIA CLINICA ENTREGA Y REPORTE AL SUPERVISOR
323413. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED,	PARTICIPAR EN JORNADAS DE INVESTIGACION ENE SALUD	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE INVESTUIGACION DE LA SUBRED
323413. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED,	Atencion y valoracion primera vez por psiquiatría en urgencias Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios"	REGISTRO HISTORIA CLINICA ENTREGA Y REPORTE AL SUPERVISOR

Copia Controlada Subred Suroccidente

323414. PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS,	PARTICIPAR EN JORNADAS DE INVESTIGACION ENE SALUD	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE INVESTUIGACION DE LA SUBRED
323415. REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO,	No Aplica	No Aplica
323416. ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE,	ENTREGAR LA CONSTANCIA DE PAGO AL SERVICIO DE SALUD Y PENSIONES , ADMINISTRACION DE RIESGOS PROFESIONALES	ENTREGA AL SUPERVISOR
323417. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES	ASISTIR A JUNTAS DEL GRUPO DE EUTANASIA	ASISTIR A JUNTAS DEL GRUPO DE EUTANASIA

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

DANIEL IGNACIO GARZON LUNA
NIT 1.140.869.248-9
CL 147 19 79
Tel: 3057225907
Bogotá - Colombia
danielig.garzon@urosario.edu.co

Factura electrónica de venta
No. FE 4

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 3849160 - Ext. 000
Dirección	CL 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/05/2026, 13:36
Expedición	25/05/2026, 13:36
Vencimiento	09/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS PROFESIONAL ESPECIALIZADO PSIQUIATRIA	180.00	16,725,600.00

Total items: 1

Total Bruto	16,725,600.00
Total a Pagar	16,725,600.00

Valor en Letras:
Dieciseis millones setecientos veinticinco mil seiscientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-06-09 por $ 16,725,600.00

Observaciones:
HONORARIOS MAYO 2026

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764105801666 aprobado en 20260210 prefijo FE desde el número 1 al 200 Vigencia: 24 Meses Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: d266590cfc63ec21fbba913f57aaf17a20a3a1360dbc20478f0b78bddfc1fd1a2765e25428663624f64c76a5c1349aa5

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Medellín, 28 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DANIEL IGNACIO GARZON LUNA identificado(a) con C1140869248 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408692482614826306

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

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	1140869248	DANIEL IGNACIO GARZON LUNA	calle 147 # 19 - 79	0000000	digarzonl@unbosque.edu.co	
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
		85491216	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$2.275.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	882.800	0		0		0	12	7.600	0	890.400	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	1.130.000	0	0	35.400	35.400	12	9.700	800	1.211.300	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	172.100				172.100	12	1.500	173.600			1.721	173.600	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	882.800	890.400
Pensión	1	1.200.800	1.211.300
Riesgos Laborales	1	172.100	173.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.255.700	2.275.300

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	1140869248	DANIEL IGNACIO GARZON LUNA	calle 147 # 19 - 79	0000000	digarzonl@unbosque.edu.co	
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
		85491216	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$2.275.300	

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	Excenetado	ING	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 1140869248	GARZON LUNA DANIEL IGNACIO	59	0			N																	25-14	7.061.920	30	1.130.000	0	0	35.400	35.400	EPS010	7.061.920	30	882.800	14-11	7.061.920	30	3	172.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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