| 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: | edwin raul navarro morelo | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1047484561 | |
| CORREO ELECTRONICO: | edwin.nm19@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3128243147 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 16626233868 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4499 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1713 | FECHA | 2026-08-13 15:53:21.000 | NÚMERO DE CRP | 29669 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2026-06-18 | HASTA | FECHA FINAL 2026-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,811,360 | | | | |
| 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: | $9,368,857 |
| VALOR EJECUTADO | $2,811,360 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,811,360 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,557,497 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 30% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4653442358 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 | Respectiva valoración con diligenciamiento de historia clínica con | soporte en HC plataforma Dinamica |
| 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 | Registro de historia clínica conforme a normatividad vigente. | soporte en HC plataforma Dinámica |
| 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 | cumplimiento de metas correspondientes. | Soporte en Información Oficial en la pagina de la Subred |
| 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 | De ser necesario realizar los planes de mejoramientos correspondientes | De ser necesario |
| 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 | cumplimiento de agenda y reposicion de asignación de citas de ser necesario para el cumplimiento correspondiente | soporte en indicadores de asistencia |
| 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. | formatos diligenciados correctamente | soporte de formatos y hitoria clinica en dinamica |
| 7. Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA | diligenciamiento de fichas de notificación de SIVIGILA adecuadamente | Formados diligenciados correctamante y entregados oportunamente |
| 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 | aplicación adherente de todos los lineamientos, normas, guias y protocolos conforme a la institución | Etica profesional |
| 9. Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades | informe mensual decumplimiento | informe |
| 10. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Actas y listas de asistencia a reuniones |
| 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 | pleno cumplimiento de procedimientos y aplicativos institucionales , mesa de ayuda, almera y reportes de sucesos de seguridad. | soporte de tickets de ser necesario |
| 12. Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | integridad de la gestión documental | documentos físicos en buen estado |
| 13. Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población | Participo en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población | Actas y listas de asistencia correspondientes |
| 14. 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 | comunicación asertiva frente a agendas y servicios concertados | etica profesional |
| 15. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonia con el talento humano del área o servicio. | etica profesional | etica profesional |
| 16. 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 | cumplimiento de procesos de habilitación y/o acreditación implemetados por la subred. | actas y listas de asistencia |
| 17. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Elementos recibidos en buen estado. | Elementos recibidos en buen estado. |
| 18. Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos ni nombres de otras instituciones) y portar el carné institucional durante la consulta. | realizo los procesos de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizar el uso de la bata blanca | etica profesional |
| 19. 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. | brindo trato humanizado a usuarios y compañeros. | etica profesional. |
| 20. 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 | reporto de manera oprtuna los sucesos de seguridad que se presenten. | Reportes de seguridad |
| 21. 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 | reporto de manera oprtuna los sucesos de seguridad que se presenten. | Reportes de seguridad |
| 22. 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 | pago y presentación de planilla de pago de seguridad social correspondiente. | presentación de planilla de pago de seguridad social |
| 23. 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 | cumplimiento según solicitud |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 24. Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio | Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio | cumplimiento a solicitudes correspondientes |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT. 900.959.048-4

Debe a: Edwin Raúl Navarro Mórelo

CC. 1047484561

La suma de **$ 2.811.360** por concepto de honorarios del 18 al 30 de junio 2026 conformidad con lo establecido en el contrato 4499-2026



Edwin Raúl Navarro Mórelo
CC. 1047484561

Cuenta de ahorro Bancolombia

166-262338-68

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1047484561 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWIN RAUL NAVARRO MORELO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 7 CARRERA 11 Y 12 # 11-48 | TELÉFONO: | 7687079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4653442358** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/06/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997215905 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 478.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 0 | $ 478.600 | $ 2.500 | $ 481.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 478.600** | **$ 2.500** | **$ 481.100** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 373.900 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 373.900 | $ 2.000 | $ 0 | $ 375.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 373.900** | **$ 2.000** | **$ 0** | **$ 375.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 72.900 | $ 72.900 | $ 400 | $ 0 | $ 73.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 72.900** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 73.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1047484561 | NAVARRO MORELO EDWIN RAUL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.991.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.991.200 | $ 478.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 478.600 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 2.991.200 | $ 373.900 | $ 0 | $ 373.900 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.991.200 | 104748456 | $ 72.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 930.300**

Planilla Pagada