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:	RENE CUELLAR JIMENEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79693210	
CORREO ELECTRONICO:	renecj75@gmail.com				CELULAR:	3002000565	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU40R25	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550007500915926				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2780			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1977	FECHA	2026-09-23 10:49:05.000	NÚMERO DE CRP	37375	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-09-01		2026-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,459,390				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$27,675,120
VALOR EJECUTADO	$27,675,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,459,390
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
94447213	$1,383,756	$172,970	$221,401	3	$33,708	$428,079

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

Diego Saul Viana Diaz
79799434
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. Realizar gestión de cobro a los diferentes pagadores asignados.	Se realiza conciliaciones contables con la diferentes EPS-S y se realiza cruces y depuración de las bases de datos de las empresas asignadas.	Bases actualizadas de las empresas a cargo, Identificación de los pagos realizados en el boletín de recaudo, actualización de las bases de las empresas a cargo.
2.Visitar las entidades deudoras a su cargo para gestión de cartera y realizar conciliación de saldos con los pagadores.	Por medio de citas programadas y o por llamadas telefónicas por correos y en oficios elaborados para el pago de la cartera.	Correos enviados a las diferentes ERP para realizar conciliación y depuración de la cartera, actas de conciliación contables, circularización de saldos
3. Hacer acuerdos de pago y diligenciamiento de Ficha Técnica Mensual.	Por medio de actas de conciliación contable de los valores libres de pago se realizan acuerdos de pago y actualización de la fichas financieras de todas y cada una de las empresas a cargo.	Acuerdos de Pago de los valores libres de pago y ficha financieras actualizadas
4. Dar respuesta a compromisos establecidos con el pagador dando alcance a las actas firmadas.	Por medio de citas programadas y o por llamadas telefónicas por correos y en oficios elaborados para el pago de la cartera.	Formato control de llamadas telefónicas, oficios con derechos de petición, actas de acuerdos de pago, oficios solicitando dar cumplimiento a lo estipulado en la resolución 6066 de 2016
5. Realizar circularizaciones a todas las entidades a cargo, para solicitud de citas de conciliación, soportes y programación de pago.	Circularización a todas y cada una de las empresas a cargo solicitando conciliación contable y soporte de pago de acuerdo a los giros realizados	Oficios, actas, acuerdos de pago y aclaracion de los saldos de cartera.
6. Hacer seguimiento de envió de comunicaciones y circularizaciones.	realizar verificación en agilsalud que la circularización fue radicada en el entidad y realizando seguimiento al mismo.	oficios, actas, acuerdos
7. Solicitar soportes de pago a las diferentes entidades y verificar las consignaciones o depósitos contra soportes recibidos de entidades responsables de pago.	Realizar circularización de soportes de pago , aplicando pago con los soportes enviados por los pagadores	Bases actualizadas de las empresas a cargo tanto en pagos
8. Elaborar oficios de reclamación de cheques.	Armar expediente con los soportes necesarios para iniciar el proceso de cobro por parte del área Jurídica	Actualización de cobro coactivos, circularización de cobro pre- jurídico, envió de la cartera mayor de 90 días con su respectivo expediente.
9. Armar expedientes de los pagadores de difícil cobro después de gestión realizada de cobro y luego remitirlos al área de Jurídica.	Carpeta con seguimiento de la gestión realizada.	Carpeta con seguimiento de la gestión realizada.
10. Organización de los expedientes de cada pagador para manejo de cartera.	Carpeta con seguimiento de la gestión realizada.	Carpeta con seguimiento de la gestión realizada, en la carpeta compartida en gestión cartera
11. Unificar actas de conciliación realizadas durante el periodo y llevar relación magnética de estos soportes de gestión	Cumplir con los tiempo establecidos para la entrega de información	Entrega de información
12.Y las demás actividades que le sean asignadas por la Coordinación del área.	Entregar los productos con calidad y dentro de las normas establecidas por la entidad	Entrega de información

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Diego Saul Viana Diaz
79799434
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

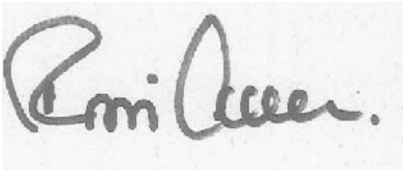
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Rene Cuellar Jimenez

C.C 79.693.210 de Bogotá

La suma de $3.459.390, por concepto de: Prestar Servicios Profesionales y de apoyo como Tecnólogo dentro de los diferentes procedimientos de las Sub Red Integrada de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a la necesidad de la Institución, durante el periodo de 1 de octubre 2026 al 31 octubre 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2780-2026.



RENE CUELLAR JIMENEZ

C.C.79693210 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7500915926

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	79693210	RENE CUELLAR JIMENEZ	CARRERA 88 D 8 C -21	3002000565	RENECJ75@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95311819	08/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$1,750,905	$553.800	

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	218.900	0		0		0	3	500	0	219.400	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	280.200	0	0	0	0	3	700	0	280.900	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	42.700				42.700	3	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	3	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	218.900	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	553.800

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	79693210	RENE CUELLAR JIMENEZ	CARRERA 88 D 8 C -21	3002000565	RENECJ75@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95311819	08/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$1,750,905	$553.800	

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	Colomb. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 79693210	CUELLAR JIMENEZ RENE	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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