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:	aida alexandra lara palacios										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X		C.E			No.	53108505		
CORREO ELECTRONICO:	aalarapalacios@gmail.com							CELULAR:	3016361365		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY							SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10B04	25	KE10C10	25	KE10D01	25	KE10I03	25			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:			AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5570394758							PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	2290			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	217	FECHA	2025-01-24 10:07:36.000	NÚMERO DE CRP	16782	FECHA	2025-02-14 20:13:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA Y ECOGRAFISTA OBSTETRICO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,781,812				
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:	$60,569,376
VALOR EJECUTADO	$14,781,812
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,781,812
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$45,787,564
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	24%

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
83915653	$5,658,285	$707,286	$905,326	3	$137,836	$1,750,447

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 Surcoccidente

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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
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	Llevo 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	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en la programación de actividades del área.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozcor y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion

Copia Controlada Subred Suroccidente

Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Soportado en historia clinica y medios internos de informacion
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Soportado en cuenta de cobro y medios internos de informacion

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS

NIT 53108505-6
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764074560406
Fecha 07/07/2024 - 07/07/2026
Autorización de Facturación Electrónica del FE302 al FE402 Perteneciente al régimen simple de tributación
Email: aalarapalacios@gmail.com
Teléfono: 3016361365
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/02/2025 hasta: 28/02/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	17	02	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FE332

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	**NIT:**	900959048	**Fecha de firmado:**	17/02/2025 13:55:43
Dirección:	Calle 9 39 46	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	0314546800
Email:	opshokginecoped@gmail.com	**Forma de Pago:**	Contado	**Medio de pago:**	Consignación bancaria
Vencimiento:	Marzo 15 del 2025	**Hora emisión:**	13:55:40-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	15/03/2025				

Total de Lineas: 1

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	06	164,00	SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pago de honorarios 164 horas en SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. valor de la hora 90.133 para un total de14.781.812. Honorarios medico especialista del mes de febrero segun contrato 2290-2025.	WSD				$90.133,00	$14.781.812,00

Notas:

SON: (catorce millones setecientos ochenta y un mil ochocientos doce pesos)
CUFE: f9121ef7071605f9b7bc88d48abce90b9c07656f5fd8aed243e2ed5275184c84ef5d4e17a403fc1cbab892f208368d17

Subtotal:	$14.781.812,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$14.781.812,00

Firma Digital: YCnvaa7er6bY5qkjRHxSShHCxiQcPf+dl4MNyHM7/hlA1q1EVydsjo4XlvsB1wU1
04ckcmGikegv6I+ay2SBdK+f8p9Z3COLUDCTXoLb57uAUw6UI+
05wrqqWmF1ut4+ 3q9PXbVrAOyR/yScTsWx4wf8vA0/YjfBj2Sp5ZaGl425nc4r6nLJWRwOKQzPlX9q PJGdCcVRyYcbWhaFFm0WDfeD88ywfMe4cKV
zdWqh7drLFTveUWUcqZzWCUT7hbF3 5se3JdK5ME2HRs5b55ge4tdF7QzXh8Cjt8kLt20frFepme5SsBFw3tu4xqAHKbDG i18sSOtgQAjxqBcRIGUI
gA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/02/2025 hasta: 28/02/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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	53108505	AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS	Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4	4743872	aaleexaa1@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	05/02/2025	83915653	$2.230.400	

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	856.100	0		0		0	1	600	0	856.700	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	1.095.800	0	0	34.300	34.300	1	800	200	1.165.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	166.900				166.900	1	200	167.100			1.669	167.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	41.100	1	100	41.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	856.100	856.700
Pensión	1	1.164.400	1.165.400
Riesgos Laborales	1	166.900	167.100
CCF	1	41.100	41.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.228.500	2.230.400

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	53108505	AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS		Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4	4743872	aaleexaa1@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	05/02/2025	83915653	$2.230.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53108505	LARA PALACIOS AIDA ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	6.848.684	1.095.800	0	0	34.300	34.300	EPS008	6.848.684	856.100	14-23	6.848.684	3	166.900	CCF24	6.848.684	41.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	aida alexandra lara palacios										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53108505					
CORREO ELECTRONICO:	aalarapalacios@gmail.com				CELULAR:	3016361365					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B04	25	KE10C10	25	KE10D01	20	KE10I03	20	KE10L02	10	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5570394758								PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3759			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7601	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA Y ECOGRAFISTA OBSTETRICO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-01		2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,145,712				
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:	$170,616,471
VALOR EJECUTADO	$168,436,398
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,145,712
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,180,073
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
83029616	$6,132,630	$766,579	$981,221	3	$149,391	$1,897,191

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
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	Llevo 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	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en la programación de actividades del área.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	soportado en cuenta de cobro y medios de información de la subred
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subr	soportado en historia clinica y medios de información de la subred

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	soportado en historia clinica y medios de información de la subred
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	soportado en cuenta de cobro y medios de información de la subred

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS

NIT 53108505-6
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764074560406
Fecha 07/07/2024 - 07/07/2026
Autorización de Facturación Electrónica del FE302 al FE402 Perteneciente al régimen simple de tributación
Email: aalarapalacios@gmail.com
Teléfono: 3016361365
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	14	01	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FE329

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	**NIT:**	900959048	**Fecha de firmado:**	14/01/2025 21:08:58
Dirección:	Calle 9 39 46	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	0314546800
Email:	opshokginecoped@gmail.com	**Forma de Pago:**	Contado	**Medio de pago:**	Consignación bancaria
Vencimiento:	Febrero 15 del 2025	**Hora emisión:**	21:08:56-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	15/02/2025				

Total de Lineas: 2

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	06	72,00	SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pago de honorarios 72 horas en sala de partos. valor de la hora 86.666 para un total de6.239.952. Honorarios medico especialista del mes de enero segun contrato 3759-2024.	WSD				$86.666,00	$6.239.952,00
2	07	80,00	SERVICIOS MEDICOS DE ECOGRAFISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pago de honorarios 80 horas en ecografia. valor de la hora 98.822 para un total de 7.905.760 Honorarios medico especialista del mes de enero segun contrato 3759-2024.	WSD				$98.822,00	$7.905.760,00

Notas:

SON: (catorce millones ciento cuarenta y cinco mil setecientos doce pesos)
CUFE: 8f304362ba209041e717cd9af62e05da480d122082a1e8074faca1dc4ddab0c9dcd23338cbe7566dad6f2ab6d3992389

Subtotal:	$14.145.712,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$14.145.712,00

Firma Digital: RumeBo9eYEL4LLXEle9Y/8WYpVNFAJfKLQCySrvDtYX87cIJXOzGnQbc7q43ujSA
v0aFwZTBYoQiXRMnS9vYwGnFLSUu7giGxixYgqB8Oams3sL/ND
QFF/em/lzWZ8Di EUwHn/lulKOGJCEUMtvi6EU6HHpAZFqkJqQi5DVUe4KXNp4M7qbcbp7pdLA5K5pr AJefNRwniDTEoTNMpfyQ0OItiCiikynBCDi
VTRDEM2N59qwwxlKFxA/W4uf51qku WR1ZOvvG6Z9PhCARe5p+uxYqXDD7GTulTFnZdTiKmZPmvFu0X7lojdnGJRQ7+dCt MtrDR/c8lAlXcBByAB/d
zA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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	53108505	AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS	Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4	4743872	aaleexaa1@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	83029616	$2.830.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.087.500	0		0		0	0	0	0	1.087.500	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	1.392.000	0	0	43.500	43.500	0	0		1.479.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	212.000				212.000	0	0	212.000			2.120	212.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.200	0	0	52.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	1.087.500	1.087.500
Pensión	1	1.479.000	1.479.000
Riesgos Laborales	1	212.000	212.000
CCF	1	52.200	52.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.830.700	2.830.700

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	53108505	AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS	Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4	4743872	aaleexaa1@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	83029616	$2.830.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53108505	LARA PALACIOS AIDA ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	8.700.000	1.392.000	0	0	43.500	43.500	EPS008	8.700.000	1.087.500	14-23	8.700.000	3	212.000	CCF24	8.700.000	52.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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