

						Versión 3				
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA						Fecha de aprobación 2/15/2018				
						Código: 04-02-FO-0002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1020715942	
CORREO ELECTRONICO:				dcatavegar@gmail.com			CELULAR:		3182096663	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10C10	34	KE10D05	33	KE10D06	33				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				47484654				PENSIONADO	NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO		2263				VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000		NÚMERO DE CRP	35685	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL	
					2025-07-01				2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$11,897,556				
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:						\$68,140,548				
VALOR EJECUTADO						\$68,140,548				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$11,897,556				
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		
88036118	\$4,326,384	\$540,798		\$692,221		3	\$105,391	\$1,338,410		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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										

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de su especialidad	Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de mi especialidad	Historia clinica de cada paciente
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Historia clinica de cada paciente
Llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registro.	Lleve registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registro.	Historia clinica de cada paciente
Participar en la programacion de actividades del area	Participe en la programacion de actividades del area	Historia clinica de cada paciente
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Historia clinica de cada paciente y fichas de notificacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Historia clinica de cada paciente
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Historia clinica de cada paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	Historia clinica de cada paciente
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia clinica de cada paciente
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion	Historia clinica de cada paciente
Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	Informe al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	Historia clinica de cada paciente
Emitir conceptos medicos que se le requieran	Emiti conceptos medicos que se le requieran	Historia clinica de cada paciente
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred	Historia clinica de cada paciente
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarla al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento del contrato	Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarla al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento del contrato	Historia clinica de cada paciente
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a las personas encargadas en caso de terminacion del contrato	Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a las personas encargadas en caso de terminacion del contrato	Historia clinica de cada paciente
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participe en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Historia clinica de cada paciente, registros de cada reunion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	Conoci y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	Historia clinica de cada paciente
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Historia clinica de cada paciente
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	Registre las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	Historia clinica de cada paciente

Participar en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participe en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Historia clínica de cada paciente
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Historia clínica de cada paciente
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Soportes adjuntados
Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	Realice las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	Historia clínica de cada paciente

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
d14bd1012df81a66c01da1f17fb7beb60ddc765ccab0bf8db63c89d7680a668d697b8e8875dd1aaf3483fc23baf14490

Número de Factura: DCVR-91

Fecha de Emisión: 29/07/2025

Fecha de Vencimiento: 28/08/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA

Nombre Comercial: VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA

Nit del Emisor: 1020715942

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 122 11 D 71 AP 302 BRR MULTICENTRO

Teléfono / Móvil: 3182096663

Correo: dcatavegar@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 9 39 46

Teléfono / Móvil: 5551347

Correo: ginecoobstetriciahok@gmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	HONORARIOS MEDICOS E ESPECIALIZADOS	HUR	132,00	\$ 90.133,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 11.897.556,00

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS DE JULIO DE 2025

Línea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento generado el:
29/07/2025 13:30:54
Documento validado por la
DIAN:
29/07/2025 13:30:54
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		0
Subtotal		11897556
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11897556
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		11897556
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 11897556

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		11.897.556,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11.897.556,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		11.897.556,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 11.897.556,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764092433933 Rango desde: 84 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-10-28

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	88036118	\$1.441.500	

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	582.500	0		0		0	0	0	0	582.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	745.500	0	0	0	0	0	0		745.500	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	113.500				113.500	0	0	113.500			1.135	113.500	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	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	582.500	582.500
Pensión	1	745.500	745.500
Riesgos Laborales	1	113.500	113.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.441.500	1.441.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020715942	DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ		Calle 122 # 11 d - 71 APTO 302	6015631273	dcatavegar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	88036118	\$1.441.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1020715942	VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA	59	0		N																		230201	4.659.220	745.500	0	0	0	0	EPS010	4.659.220	582.500	14-11	4.659.220	3	113.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA