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	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO	Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@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	
2025-09	2025-09	I	09/10/2025	90409372	$1.916.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	750.000	0		0		0	0	0	0	750.000	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	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	146.200				146.200	0	0	146.200			1.462	146.200	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	750.000	750.000
Pensión	1	1.020.000	1.020.000
Riesgos Laborales	1	146.200	146.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.916.200

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	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO		Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@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	
2025-09	2025-09	I	09/10/2025	90409372	$1.916.200	

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	1030602980	SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	59	0			N																	230201	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS001	6.000.000	750.000	14-11	6.000.000	3	146.200		0	0	0	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:	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030602980			
CORREO ELECTRONICO:	pau501@hotmail.com				CELULAR:	6012647352			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PEDIATRÍA USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	PA34A26	40	PA35A26	60					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66947049128						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	714			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39363	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-09-01		2025-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$15,322,610						
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:	$136,461,362
VALOR EJECUTADO	$121,084,619
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,322,610
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15,376,743
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
89591267	$6,129,044	$766,131	$980,647	3	$149,304	$1,896,081

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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.	Realizar valoracion integral del paciente pediatrico en consulta externa, con un diagnostico y tratamiento final adecuado	Se entrego pdf de citas signadas del mes
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar a cabalidad los formatos de las historias clinicas, reportes de estudios deacuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello	Diligenciamiento de las historia clinicas de las consultas asignadas, Se entrego pdf de citas signadas del mes
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y necesarios para el cumplimiento del indicador de rendimiento y productividad estandarizado pára la especialidad por la institucion.	Actividad en el mes de Septiembre se realizaron o se lleva a la fecha 322 consultas con cumplimiento parcial del centro de salud villa javier indicador 2.36% y cumplimiento totall de centro de salud porvenir 2.5%	Se realizo informe en excel del cumplimiento de la produccion
Participar en la programación de actividades del área	Valoración de usuarios según agenda programada	Se asitio a las actividades y agenda programa del mes
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) 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	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se realizo reporte de un caso de Desnutrición infantil en menores de 5 años
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	Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestacion del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	No se realizaron auditorias al servicio de pediatría
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención, incluyendo su presentacion y comunicacion redundante	Evaluar el estado clinico del paciente y emitir un concepto claro con ordenes medicas clarasy educacion al paciente informado en la historia clinica	Se realizo analisis en historia clinicas, se emitieron concepto y se realziaron ordenes medicas claras y completas.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Cumplir a cabailidad las normas emitidas por los programas de calidad y seguimiento de la subred	Se realizo junta mensual (se entrego pdf del actia de la junta) en donde se verifico el cumplimiento de las normas descritas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Realizar informe de las actividades realizadas, y elementos cumplidos y faltantes	Se realizo un informe en drive en donde se demostro el cumplimiento de las actividades
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Realizar un adecuado cuidado y limpieza de los elementos asignados para la consulta	Se realizo acta en la que se informa de la limpieza de los elementos utilizados en la consulta
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convoque	Asistir a las diferentes jornadas de capacitación y reuniones atribuidas por la subred, necesarias para ejecutar adecuadamente las actividade	Asisti a la capacitación dispuesta en las juntas Bimenusales
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad	Utilizar los diferentes aplicativos sugeridos por la subred para realizar las actividades necesarios y reporte se sucesos durante la consulta	Se utilizaron los diferentes aplicativos sugeridos por la subred para realizar las actividades necesarios y reporte se sucesos durante la consulta
Realizar el proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente con su debido registro , en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del carne institucional	so de bata blanca diaria, con uso de carnet y realizar desinfección de los elementos utilizados para realizar las actividades asignadas	los elementos utilizados para realizar las actividades asignadas Se realizo el uso de bata blanca diaria, con uso de carnet y la desinfección de los elementos utilizados para realizar las actividades asignadas, con diligenciamiento de la carpeta en la que se informa de la limpieza de los elementos utilizados en la consulta
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas	Realizar la agenda prevista para el mes de las horas y actividades contratadas, con entrega con antelación y verificar durante el tiempo estipulado	Se realizo la agenda prevista para el mes de las horas y actividades contratadas, con entrega con antelación y se verifico durante el tiempo estipulado
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Al realizar la cuenta de cobro subir el pago de seguridad social y pensión mensualmente	Al realizar la cuenta de cobro se subio el pago de seguridad social y pensión
Realizar la activacion de la ruta de alteraciones nitricionales acoredes al proceso institucional con su notificacion oportuna. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar medias antopometricas con analisis de las mismas y segun estado patologico y organico para diagnosticar alteraciones nutricionale	Se realizo la medida antopometrica de cada paciente en consulta encontrando un paciente en desnutricion moderada, se realizo notificacion y manejo segun lineamimentos indicados

Copia Controlada
subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
262c19586b6aba4958281b1426ad5d3376cc61b4162d7ca8ecf10dbaabaa51f63c85d2d66eb43078d87f61ca0a7670c6

Número de Factura: FE-29
Fecha de Emisión: 27/10/2025
Fecha de Vencimiento: 31/10/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA
Nombre Comercial: SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA
Nit del Emisor: 1030602980
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 72 Q 41 C 71 SUR BL J C IN 2 AP 501
Teléfono / Móvil: 2647352
Correo: pau501@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009590484
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 6013849160
Correo: jefecontabilidad@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121502	Servicios de consulta de médicos de atención primaria	NIU	170,00	$ 90.133,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.322.610,00

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
1	SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS OCTUBRE 2025	

Notas Finales

Linea de negocio: SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS OCTUBRE 2025

Datos Totales

Documento generado el:
27/10/2025 10:17:08
Documento validado por la DIAN:
27/10/2025 10:17:08
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	15322610
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15322610
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	15322610
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15322610

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.322.610,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.322.610,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.322.610,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15.322.610,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764067943570 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-03-26