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 ANDREA ROMERO MUÑOZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018464795		
CORREO ELECTRONICO:	pauromerom1994@gmail.com				CELULAR:	3208915230		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10I05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91277583297					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2374			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	51636	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$15,142,344				
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:	$144,393,066
VALOR EJECUTADO	$144,393,066
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,142,344
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
'91423061 y 91898808	$6,273,257	$784,157	$1,003,721	3	$152,817	$1,940,695

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

RONALD MEZA COLON
91446480
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

RONALD MEZA COLON
91446480
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

ANDREA FORERO

FORERO CONTRERAS PAOLA ANDREA
NIT: 52935733-2

Factura electrónica de venta

FE40

Resolución DIAN # 18764097878448
Consecutivo de la FE
Rango: 35 a la 500
Vigencia: 2025-08-30 a 2026-02-28

Comprador: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. **NIT : 900959048 -4**

Contacto	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Dirección	Bogotá
Ciudad, País	Bogotá, (co) Colombia
Teléfono	4546800
Correo	uciadultos@subredsuroccidente.gov.co

Fecha Factura	2025-11-19
Limite de pago	2025-11-19
Punto de venta	No aplica
Vendedor	No aplica

Forma de pago Contado / **Medio de pago:** Transferencia Débito Interbancario **Limite de pago** 0 días

Notas:

Orden de Compra: **Fecha Orden:**

Item	Código	Artículo o Servicio	Precio/por	Cantidad	Descuento	Porcentaje	Total Impuestos	Total Item
1	1	Turnos Noviembre - Hospital Bosa - 144 horas realizadas	14.060.736,00 U	1		0	0,00	**14.060.736,00**

***Valor en Letras**: catorce millones sesenta mil setecientos treinta y seis COPM/CTE,*
***Cantidad de líneas de documento**:1*
***Total cantidad:** 1*
***TRM:** 0,00*

***Fecha y Hora de Expedición** 2025-11-19 18:17:27*

***Fecha y Hora de Aceptación** 2025-11-19 18:17:27*

Sub total	14.060.736,00 Pesos
Descuento	0,00 Pesos
Recargo	0,00 Pesos
IVA 19%	COP
Sin retenciones	**14.060.736,00 Pesos**
Saldo anterior	**0,00 Pesos**
Anticipo	**0,00 Pesos**
Total a pagar	**14.060.736,00 Pesos**

Número de atención Pos:
Número de Tiquet:

CÓDIGO ÚNICO DE FACTURA ELECTRÓNICA:
a6c8188d8a9ed770f5fb74995a4849a5ae961ce88511e12b7e1638933862d3c7899e53b0d65822e1982004619693835f

Firma Certificacióna8IztD8CGr4LSlg3w/V0Xc3s8rg8npa35eGbRdIi4jn0k5BjoXlgJXUxbH04itfcXLaG6wRR8dP9NnXLCaFvuRQXEbkIh2oagn1v7Ol4lxmlutTzpjfSkxRKSt
w59OqZgiWg4gbF5VOaGTuDEGes00Iwuq/XMwWnGb7TWC1Vo9xUyEYDWczr1jysGhspq/34YQuvws0459X3I7nB+WeUEHZ55K8miMZskk4bVTFIAgrbJ6yhwFsVntC
xZe93fPnlzFRvitxcqnyPooMhkbfm0mCGpapb0Bssv9ayGnWqRTcdrSmANyz3syjlS5UaXlTNEZRLu0nytIzdwDse8yd+qg==

Tu Solución de Facturación Electrónica es Taxxa, NIT: 901.402.281-7

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52935733		FORERO CONTRERAS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 79 #19-88	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108197111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1919698785	9494533621	I	2025/11/11	2025/11/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,916,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000	$146,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000	$146,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000	$146,200		$0	$0
1	CC	52935733	FORERO PAOLA	230301	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS005	30	$6,000,000	$750,000		0	$0	$0	14-23	30	$6,000,000	$146,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000	$146,200		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52935733		FORERO CONTRERAS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 79 #19-88	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108197111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1919698785	9494533621	I	2025/11/11	2025/11/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,916,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,020,000	$0	$0	$1,020,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,020,000	$0	$0	$1,020,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$146,200	$0	$0	$146,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$146,200	$0	$0	$146,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$750,000	$0	$0	$750,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$750,000	$0	$0	$750,000
TOTAL				1	$1,916,200	$0	$0	$1,916,200

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900959048
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 52935733	**Nombres y apellidos**	PAOLA ANDREA FORERO CONTRERAS
Fecha de afiliación	2025-02-19	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-02-19	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades