

										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:				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 OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:				SUBRED			
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		2308		FECHA		2025-11-26 15:54:20.000		NÚMERO DE CRP		51509		FECHA		2025-11-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:				MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL				HASTA		FECHA FINAL			
						2025-11-01						2025-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$12,528,487							
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:										\$153,947,164					
VALOR EJECUTADO										\$145,925,327					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$12,528,487					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$8,021,837					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										95%					
El intervisor 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			
91109817		\$5,768,512		\$721,064		\$922,962		3		\$140,521		\$1,784,547			
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en la programación de actividades del área.	Soportado en medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Soportado en medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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	Soportado en medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la 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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
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 medios internos de informacion de la subred SUROCCIDENTE
<p>AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR 51960113 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

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:
01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	27	11	2025

FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA

N° FE358

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Dirección: Calle 9 39 46
Email: opshokginecoped@gmail.com
Vencimiento: Diciembre 15 del 2025
Fecha de pago: 15/12/2025
Total de Lineas: 1

NIT: 900959048
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Contado
Hora emisión: 16:45:14-05:00

Fecha de firmado: 27/11/2025 16:45:17
Teléfono: 0314546800
Medio de pago: Consignación bancaria
Moneda: COP Colombia, Pesos

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	06	139,00	SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pago de honorarios 139 horas en SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. valor de la hora 90.133 para un total de 12.528.487 Honorarios medicos especializados del mes de noviembre según contrato 2290-2025.	WSD				\$90.133,00	\$12.528.487,00
Notas:								Subtotal:	\$12.528.487,00
								Cargos:	\$0.00
								Descuento:	\$0.00
								Total:	\$12.528.487,00

SON: (doce millones quinientos veintiocho mil cuatrocientos ochenta y siete pesos)
CUFE: dc832a8285321da0758b651ce736c58f7b1d67e2b04084ad8a4fad165d67b5a95904c86e58550a14757374f7f23182a6

Firma Digital: ezj4FL7JtGLb7GRst4+vZhFMle+o35HMa7VWTO8mVX4CrNgaspGYmDnUKc6JMnRk
3sqWgGfXBZNuuzxXWtaocwb9/1dFHeHeDX7iimTizPkocKfZw
GEHZIC1pItDtrb oDr52kTUKTyH2yFjkypt0XiuABj4VYySAIS/8eaxdojsM/Ruu5datD+eRcmuS6V ubpw3ygfFQ5t5E8fILTs+b3h+KjnrG81Qfr
lJRHLxdWb20yVlmicixuJvHluGC3O ZOWEtZLFcSknIE2m+fnq8AeslrBIAQ/W/7xOXZE8ChuBXGXSykwozlfYw+qiDD m2JWZMUyJZkMUTfkaPJw
aw==

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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	53108505	AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS		Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4	4743872	
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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91109817	\$2.277.600	

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	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	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	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.000	0	0	42.000	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	875.000	875.000
Pensión	1	1.190.000	1.190.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	1	42.000	42.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.277.600	2.277.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						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
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91109817	10
					TOTAL A PAGAR
					\$2.277.600

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	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 de	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	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS008	7.000.000	875.000	14-23	7.000.000	3	170.600	CCF24	7.000.000	42.000	0	0	0	0	0

PAGADA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS CC 53108505 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Empresa Contratante 723 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	900959048
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-03-10	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	3	Código Actividad Económica	3861001
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-01	Fecha Fin del Contrato	2028-12-31
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov