DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA # 6

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUDY PAOLA MORALES AGATÓN

C.C. 23.474.878 DE CHINAVITA (BOYACÁ)

La suma de **NUEVE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL (9.936.000) PESOS,** por concepto de: **MÉDICO ESPECILISTA EN PSIQUIATRÍA** en el servicio de salud mental, durante el periodo de **01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025** en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **4496-2025**



JUDY PAOLA MORALES AGATÓN

C.C. 23474878 DE CHINAVITA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 044487098

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	23474878	JUDY PAOLA MORALES AGATON	cra 58 # 119A- 49	3114452779	paoagaton@gmail.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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92444513	$1.229.700	

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	496.800	0		0		0	0	0	0	496.800	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	636.000	0	0	0	0	0	0		636.000	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	96.900				96.900	0	0	96.900			969	96.900	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	496.800	496.800
Pensión	1	636.000	636.000
Riesgos Laborales	1	96.900	96.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.229.700	1.229.700

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	23474878	JUDY PAOLA MORALES AGATON		cra 58 # 119A- 49	3114452779	paoagaton@gmail.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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92444513	$1.229.700	

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	23474878	MORALES AGATON JUDY PAOLA	59	0			N								X								25-14	3.974.400	636.000	0	0	0	0	EPS008	3.974.400	496.800	14-11	3.974.400	3	96.900		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:	JUDY PAOLA MORALES AGATON							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	23474878		
CORREO ELECTRONICO:	paoagaton@gmail.com				CELULAR:	3114452779		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PSIQUIATRÍA USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE12A17	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	44487098					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4496			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53782	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$9,936,000				
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:	$59,616,000
VALOR EJECUTADO	$55,476,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$9,936,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,140,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
91528799	$1,658,400	$207,300	$265,344	3	$40,399	$513,043

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

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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	Atención de pacientes consulta externa de psiquiatría programada	Historia clínica, constancias, informes.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Atención, evaluación de historia clínica completa, solicitud de paraclínicos según pertinencia, formulación de medicamentos, psicoterapia individual y familiar	Historia clínica, con registro oportuno de intervenciones y desiciones clínicas planteadas
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	Adecuado manejo de historia clínica, con correspondiente registro de actividades y procedimientos médicos realizados. Informes correspondientes dentro de procesos de costos y facturación	Historia clínica que sustenta desiciones médicas correspondientes. Informes solicitados pertinentes
Participar en la programación de actividades del área; Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Asistencia a reuniones programadas por el servicio y demás solicitadas dentro de las diversas direcciones de la Subred. Elaboración de test en relación y firma de asistencia correspondiente	Cuestionarios en relación Firma de asistencia correspondiente Pretest y postest Informes correspondiente - Fichas notificación
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Orientación con respeto y claridad sobre procedimientos e indicaciones del paciente	Historia clínica, revistas clínicas, entrega de turno según pertinencia
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar de forma adecuada y completa la historia clínica. Diligenciar consentimiento informado correspondiente a cada actividad clínica.	Historia clínica y Consentimiento informado
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento; Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Informar de manera clara y empática intervenciones clínicas a realizar, recomendaciones y demás indicaciones al paciente y familiares de manera oportuna previo diligenciamiento y firma de consentimiento informado correspondiente.	Consentimiento informado diligenciado y firmado Historia clínica con registro de seguimiento correspondiente a cada caso
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención; Emitir conceptos médicos que se le requieran	Realizar comunicación asertiva con el paciente y su familia en relación a su condición clínica, indicaciones, recomendaciones y psicoeduación Emitir constancias e incapacidades en caso requerido	Historia clínica correspondiente Documentos legales requeridos según caso dentro de normatividad en el Sistema integrado de salud
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Participar en capacitaciones requeridas en relación a normatividad vigente, actualizaciones con aplicación de las mismas dentro de actividades realizadas	Documentos correspondientes requeridos en la Sub red y dentro del Sistema integrado de Salud con verificación de calidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Presentar informe requerido dentro de las actividades y obligacines asignadas de forma oportuna	Documentos correspondientes para verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones asignadas
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Uso correcto de todo material entregado por la Subred para el desarrollo de las actividades correspondientes	Cuidado idóneo de material Reporte oportuno de fallas en caso de presentarse
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 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Asistencia a reuniones, capacitaciones, actualizaciones y planes de mejora programados y requeridos	Hoja de asistencia - Respuesta de Pretest y Postest en caso de ser requerido
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Participar activamente en todos los procesos necesarios dentro de los requerimientos interinstitucionales	Actividades generales y específicas según corresponda
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Diligenciar de forma adecuada y completa la historia clínica. Firma de consentimiento informado. Diligenciamiento de fichas de notificación obligatoria según se requiera	Historia clínica en cada intervención - RIPS - Forulación correspondiente - Indciaciones - Incapacidad en caso de ser necsario
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participación de investigaciones en curso propias del area clínica correspondiente	Protocolos de Investigación
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Cumplir con supervisión de contratos en caso de designación, previa capacitación correspondiente	Actividades correspondientes a procesos de supervisión de contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Pago del sistema de Seguridad Social de manera mensual dentro de plazos dados	Planilla de pago al sistema de seguridad social con valores correspondientes de manera completa y oportuna
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Actividad médica corresponde dentro de la misión profesional establecida	Actividades generales y específicas

Copia Controlada Subred Sur Occidente

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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