CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
	Fecha de aprobación	2/15/2018
	Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Andrea Carolina Rivera Murillo								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030584940			
CORREO ELECTRONICO:	andreariveram27@gmail.com				CELULAR:	2848192			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10J04	35	KE10J07	35	KE10J09	30			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4742002104						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2377			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	2169	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	48444	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2025-08-01		2025-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$13,519,950					
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:	$116,812,368
VALOR EJECUTADO	$88,690,872
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$13,519,950
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$28,121,496
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	76%

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
88934640	$5,407,980	$675,998	$865,277	3	$131,738	$1,673,013

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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
01). Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. 02). Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Brindo atención integral a pacientes pediátricos hospitalizados en la unidades de cuidado neonatal y básico, asegurando un manejo acorde a guías clínicas y estándares de calidad. Registro de manera detallada y oportuna en la historia clínica.	Historia clínica pediátrica/neonatal completa con diagnósticos, evolución y tratamientos indicados, garantizando el cumplimiento de normativas de bioética y confidencialidad.
03). 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. 04). Participar en la programación de actividades del área.	Registro todos los procedimientos, consultas y hospitalizaciones pediátricas en el sistema de información. Participo activamente en reuniones de planeación y mejora continua del servicio.	Base de datos actualizada con información de atención pediátrica/neonatal, actas de reuniones y estrategias de mejora del servicio.
05). Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. 06). 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.	Identifico y notifico eventos adversos en pacientes pediátricos según normatividad. Participo en el análisis de incidentes y en comités de calidad y seguridad del paciente.	Reportes de eventos enviados en tiempo y forma, implementación de planes de mejora y reducción de eventos adversos en la atención pediátrica/neonatal.
07). Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 08). Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Capacito al personal en el manejo de patologías pediátricas, reanimación neonatal y emergencias pediátricas. Registro con claridad y precisión los procedimientos y evolución en la historia clínica.	Registros completos y legibles en la historia clínica, constancias de capacitación y listas de asistencia del equipo de salud.
09). Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10). Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Explico detalladamente a padres o tutores sobre los procedimientos médicos en pediatría y gestiono la firma del consentimiento informado. Realizo seguimiento de pacientes con patologías crónicas o postquirúrgicos pediátricos.	Formularios de consentimiento informado debidamente diligenciados y archivados, evolución detallada en la historia clínica pediátrica/neonatal.
11). Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención. 12). Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Brindo orientación y educación a padres o cuidadores sobre la condición de salud del paciente y cuidados en el hogar. Elaboro conceptos médicos sobre diagnósticos y tratamientos pediátricos cuando es requerido.	Registros en historia clínica sobre la información brindada, conceptos médicos escritos para referencias o interconsultas.
13). Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14). Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Implemento estrategias de mejora para la calidad del servicio pediátrico/neonatal y documento todas las actividades asistenciales y académicas realizadas.	Informes de auditoría y evaluación del servicio, reporte mensual de actividades entregado a la supervisión.
15). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 16). Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Participo en capacitaciones de actualización en pediatría-neonatal, reuniones clínicas y eventos académicos. Registro de manera oportuna en el sistema de información hospitalaria.	Certificados de asistencia a capacitaciones, registros de pacientes y procedimientos actualizados en el software institucional.
17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Presento los documentos que certifican mi afiliación y pago de seguridad social.	Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado

Copia Controlada
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

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	1030584940	ANDREA CAROLINA RIVERA MURILLO	CALL 25 No 69B 71	4271102	andreariveram27@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	
2025-07	2025-07	I	11/08/2025	88934640	$1.705.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	676.000	0		0		0	0	0	0	676.000	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	865.300	0	0	0	0	0	0		865.300	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	131.800				131.800	0	0	131.800			1.318	131.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.500	0	0	32.500	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	676.000	676.000
Pensión	1	865.300	865.300
Riesgos Laborales	1	131.800	131.800
CCF	1	32.500	32.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.705.600	1.705.600

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	1030584940	ANDREA CAROLINA RIVERA MURILLO		CALL 25 No 69B 71	4271102	andreariveram27@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	
2025-07	2025-07	I	11/08/2025	88934640	$1.705.600	

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	1030584940	RIVERA MURILLO ANDREA CAROLINA	57	0			N																	25-14	5.408.000	865.300	0	0	0	0	EPS005	5.408.000	676.000	14-11	5.408.000	3	131.800	CCF24	5.408.000	32.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ARL

Medellin, 27 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ANDREA CAROLINA RIVERA MURILLO** con documento de identidad **C1030584940**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-06-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Espacio para
Logo Corporativo

ANDREA CAROLINA RIVERA MURILLO
NIT 1.030.584.940
calle 25 # 69b-71 apto 202 torre 1
Tel: (031) 4271102
Bogotá - Colombia
andreariveram27@gmail.com

Factura electrónica
No. AC 55

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(031) 5551347 - Ext. 2519
Dirección	CL 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/08/2025, 06:14
Expedición	22/08/2025, 06:14
Vencimiento	22/08/2025

Ítem	Cantidad	Marca	Código	Nombre producto	Unidad de medida	Modelo	Referencia	Código arancelario	Bodega	% Desc.	Valor desc.	Vr. Bruto	Impto. Cargo 2	Valor Impto.Cargo 2	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.	Vr. Unitario
1	150.00		13	Honorarios médicos especializados del mes de Agosto según contrato 2377-2025	unidad					0 %	0.00	13,519,950.00	0 %	0.00	0 %	0.00	0 %	0.00	90,133.00

Total items: 1

Total Bruto	13,519,950.00
Total a Pagar	13,519,950.00

Valor en Letras:
Trece millones quinientos diecinueve mil novecientos cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 13,519,950.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764095685824 aprobado en 20250716 prefijo AC desde el número 54 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 53832f554e7e685e018831fdb945c8a1dcf27fa0ebdf7d103292fcb325bdddb852b205657ae66cd50485abe949d82d46

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML