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:	ORIANNA ALVAREZ								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53107989			
CORREO ELECTRONICO:	claritodeluna_4@hotmail.com				CELULAR:	3046339218			
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 DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	477100099555						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2323			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	35731	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- NEONATOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$24,193,176				
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:	$217,027,020
VALOR EJECUTADO	$168,640,668
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$24,193,176
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$48,386,352
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78%

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
9488779068	$9,677,270	$1,209,659	$1,548,363	3	$235,738	$2,993,760

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

aportes en línea

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 53107989		ALVAREZ ARAGON ORIANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 24 b # 71 a -53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6712991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1693783646	9488779068	I	2025/08/25	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,090,700

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)					$9,677,270	$1,645,200			$9,677,270	$1,209,700			$0	$0			$9,677,270	$235,800		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (1 Afiliados)					$9,677,270	$1,645,200			$9,677,270	$1,209,700			$0	$0			$9,677,270	$235,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$9,677,270	$1,645,200			$9,677,270	$1,209,700			$0	$0			$9,677,270	$235,800		$0	$0
1	CC 53107989	ALVAREZ ORIANNA	230301	30	$9,677,270	$1,645,200	EPS005	30	$9,677,270	$1,209,700		0	$0	$0	14-11	30	$9,677,270	$235,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$9,677,270	$1,645,200			$9,677,270	$1,209,700			$0	$0			$9,677,270	$235,800		$0	$0

aportes en línea

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 53107989		ALVAREZ ARAGON ORIANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 24 b # 71 a -53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6712991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1693783646	9488779068	I	2025/08/25	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,090,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,645,200	$0	$0	$1,645,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,645,200	$0	$0	$1,645,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,800	$0	$0	$235,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$235,800	$0	$0	$235,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,209,700	$0	$0	$1,209,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,209,700	$0	$0	$1,209,700
TOTAL				1	$3,090,700	$0	$0	$3,090,700

Medellin, 25 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ORIANNA ALVAREZ ARAGON** con documento de identidad **C53107989**, 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
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



ORIANNA ALVAREZ ARAGON
NIT: 53107989-2
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 24 B 71 A 53 IN 5 AP 801, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3046339218
Email. salovare10@hotmail.com
Regimen Simple de Tributacion
Autorización factura electr??nica de venta No. 18764094761881 válida desde 2025-06-24 hasta 2025-12-24 rango desde OAA-60 hasta OAA-100.

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT : 900959048-4
Dirección: Calle 9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogot??, Colombia
Teléfono: 4546800
Email: gerencia@subredoccidente.gov.co

Método de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 05/09/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**OAA - 63**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**12:14:18**
FECHA FIRMADO:	**19/08/2025 17:14:22**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
19	08	2025	05	09	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Honorarios Medicos Profesionales. Mes de AGOSTO 2025 Según Contrato N°2323-2025	WSD	1,00	$24.193.176,00				0,00	$24.193.176,00

Notas:

SON: (veinticuatro millones ciento noventa y tres mil ciento setenta y seis pesos)
CUFE: 9ae3aad26d0d1df2502e8b052ecddc45b73c80be03105dd17257fe54e5b83cedda532915928ac7d162438486eba8ad28

Subtotal:	$24.193.176,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$24.193.176,00

Firma Digital: fj0ioYigiI+KTqhcRIxCqdn5lR0tojE/qyOs/Ccl4xPbgSOrRP9wOrVjwcQ4VWp9 JgJVitM0ljyjFmgr7WmYAtNZNsYYHJ5yi2JZH3YZmc/T9kGZHY 2f7CZhXBj94hjB hvq9H6CuBsibv33O/XwVy9lVR0IXCsHeSF6m3wYQLPL5XdT3lhIPgzRNzJnoRavp 7CZqeQU14+IQfj8DmH6qQKFuftt0uoPGNkb TFG2PO76vyEKfxJ8hcLjwbhSw+xGz CbLAHY84AYfWOUDwvyUCZYk8sQY/tDr5HTCLCRRkSUeuokLPM2WrGvtMy1O4/PM2 wB6aQT5WGkpCaKBCDu2X Yw==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.