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:	Paola Andrea Forero Contreras							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52935733		
CORREO ELECTRONICO:	andreaforero2210@gmail.com				CELULAR:	6015124602		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37J02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570002470074390					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2247			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	52153	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - EN CUIDADO CRITICO O INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-12-01		2025-12-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$18,747,648						
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:	$160,526,736
VALOR EJECUTADO	$160,526,736
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$18,747,648
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
9496247944	$5,624,294	$703,037	$899,887	3	$137,008	$1,739,932

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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
Interpretación de gases Arteriales, radiografias y laboratorios soliitados	Interpretación de gases Arteriales, radiografias y laboratorios soliitados	Siempre
Manejo de soporte Hemodinámico	Manejo de soporte Hemodinámico	Siempre
Realizó reanimación cardio pulmonar,manejo de vía ae	Realizó reanimación cardio pulmonar,manejo de vía ae	Siempre
Manejo de catéteres para monitoreo invasivo	Manejo de catéteres para monitoreo invasivo	Siempre
Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos	Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos	Siempre
Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técnica en la colocación de dispositivos invasivos	Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técnica en la colocación de dispositivos invasivos	Siempre
Manejo de Ventilación mecanica	Manejo de Ventilación mecanica	Siempre

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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

ANDREA FORERO

FORERO CONTRERAS PAOLA ANDREA
NIT: 52935733-2

Factura electrónica de venta

FE42

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	2025-12-18
Limite de pago	2025-12-18
Punto de venta	No aplica
Vendedor	No aplica

Forma de pago Contado / **Medio de pago:** Instrumento no definido **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 Diciembre - Hospital Bosa 192 horas	18.747.648,00 U	1		0	0,00	**18.747.648,00**

***Valor en Letras**: dieciocho millones setecientos cuarenta y siete mil seiscientos cuarenta y ocho COP M/CTE,*
***Cantidad de líneas de documento**:1*
***Total cantidad:** 1*
***TRM:** 0,00*

***Fecha y Hora de Expedición** 2025-12-18 12:46:30*

***Fecha y Hora de Aceptación** 2025-12-18 12:46:30*

Sub total	18.747.648,00 Pesos
Descuento	0,00 Pesos
Recargo	0,00 Pesos
IVA 19%	COP
Sin retenciones	**18.747.648,00 Pesos**
Saldo anterior	**0,00 Pesos**
Anticipo	**0,00 Pesos**
Total a pagar	**18.747.648,00 Pesos**

Número de atención Pos:
Número de Tiquet:

CÓDIGO ÚNICO DE FACTURA ELECTRÓNICA:
859d44e9d3e55d4c70e1c72cdded50fc80fa0721f3922b507aa4728daf80acf7656839e1f2c82114a9faceca97a7c768

Firma CertificaciónfxTEllzGih/h7QYGyBi0BlJVO8hu0hxNoso3Fj+157x8W4dGjQ9onSP4UeTU2uXpCPfbC9ydFD1RtbQWaqvZnDgEjEZf1LcpZzAVHk26pkxnvEB8uLTOBUpFT/6RmRyEA/MEyRtQwL6ldhzlHMsGzbMQcP/rIlkLgnjyTeWJi8nvrWqVIAcE4rTzpra6Q/B1KmXF15A1F7GVGUZj3pwHjahMVx1b5+W6NGaBKjUgnsBtyw8PK2+uXQZpzTuegCD4qGSiSPoZPCaRS/bASnSrLQprKH+ahsJIrQ9L+gJRTHtYMDyzRJeYCk0/C2aw1SMBFCnzKXcXqX4ifUsMj0mzjw==

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

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 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
2025-11	2025-11	2001823488	9496247944	I	2025/12/09	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$2,496,000

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)					$7,800,000	$1,326,000			$7,800,000	$975,000			$0	$0			$7,800,000	$190,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,800,000	$1,326,000			$7,800,000	$975,000			$0	$0			$7,800,000	$190,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,800,000	$1,326,000			$7,800,000	$975,000			$0	$0			$7,800,000	$190,100		$0	$0
1	CC	52935733	FORERO PAOLA	230301	30	$7,800,000	$1,326,000	EPS005	30	$7,800,000	$975,000		0	$0	$0	14-23	30	$7,800,000	$190,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$7,800,000	$1,326,000			$7,800,000	$975,000			$0	$0			$7,800,000	$190,100		$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
2025-11	2025-11	2001823488	9496247944	I	2025/12/09	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$2,496,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,326,000	$2,600	$0	$1,328,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,326,000	$2,600	$0	$1,328,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,100	$400	$0	$190,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$190,100	$400	$0	$190,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$975,000	$1,900	$0	$976,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$975,000	$1,900	$0	$976,900
TOTAL				**1**	**$2,491,100**	**$4,900**	**$0**	**$2,496,000**

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