| 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: | PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52705440 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | pafa@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3188763259 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10C10 | 25 | KE10D01 | 25 | KE10B04 | 25 | KE10A24 | 25 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550004800297824 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2264 | | | VIGENCIA | | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2169 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 48369 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | =VLOOKUP(B2173,'[1]2025'!$B:$E,4,0) | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | | |
| | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $11,897,556 | | | | | | | |
| 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: | $97,343,640 |
| VALOR EJECUTADO | $73,548,528 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $11,897,556 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $23,795,112 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88502848 | $4,326,384 | $540,798 | $692,221 | 3 | $105,391 | $1,338,410 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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

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 en sala de partos, consulta externa y cirugía, asegurando un manejo acorde a guías clínicas y estándares de calidad. Registro de manera detallada y oportuna en la historia clínica. | Historia clínica 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 obstétricos y ginecológicos en el sistema de información. Participo activamente en reuniones de planeación y mejora continua del servicio. | Base de datos actualizada con información de atención, 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 gineco-obstétricas según normatividad. Participo en el análisis de incidentes y en comités de calidad y seguridad del paciente. | Certificados de asistencia a capacitaciones, registros de pacientes y procedimientos actualizados en el software institucional. |
| 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 emergencias obstétricas, partos de alto riesgo y complicaciones ginecológicas. Registro con claridad y precisión los procedimientos y evolución en la historia clínica. | Certificados de asistencia a capacitaciones, registros de pacientes y procedimientos actualizados en el software institucional. |
| 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 pacientes y familiares sobre los procedimientos médicos en ginecología y obstetricia y gestiono la firma del consentimiento informado. Realizo seguimiento de pacientes postquirúrgicas y de alto riesgo obstétrico. | Formularios de consentimiento informado debidamente diligenciados y archivados, evolución detallada en la historia clínica. |
| 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 pacientes y familiares sobre la condición de salud y cuidados postoperatorios o postparto. Elaboro conceptos médicos sobre diagnósticos y tratamientos 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 gineco-obstétrico 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 ginecología y obstetricia, 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

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

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 | 52705440 | PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO | calle 152 a # 13 - 58 apto 302 int 4 | 6012693215 | pafa@hotmail.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 | 06/08/2025 | 88502848 | $1.415.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 572.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 572.000 | 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 | 732.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 732.200 | 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 | 111.500 | | | | 111.500 | 0 | 0 | 111.500 | | | 1.115 | 111.500 | 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 | 572.000 | 572.000 |
| Pensión | 1 | 732.200 | 732.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 111.500 | 111.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.415.700 | 1.415.700 |

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 | 52705440 | PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO | | calle 152 a # 13 - 58 apto 302 int 4 | 6012693215 | pafa@hotmail.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 | 06/08/2025 | 88502848 | $1.415.700 | |

## 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 | 52705440 | FLOREZ AZUERO PAULA ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4.576.000 | 732.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 4.576.000 | 572.000 | 14-11 | 4.576.000 | 3 | 111.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ARL

Medellin, 29 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO** con documento de identidad **C52705440**, 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

**PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO**
NIT: 52705440-3
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 152 A 13 58 AP 302 TO 4, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6019277524
Email. pafa@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764076689725 válida desde 2024-08-06 hasta 2026-08-06 rango desde FEV-201 hasta FEV-300.

**Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
**NIT :** 900959048-4
**Dirección:** CALLE 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 7560505
**Email:** opshokginecoped@gmail.com

**Forma de Pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 11/09/2025
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** **FEV - 279**
**MONEDA:** **COP Colombia, Pesos**
**HORA EMISIÓN:** **22:39:32-05:00**
**FECHA FIRMADO:** **29/08/2025 22:39:36**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 29 | 08 | 2025 | 11 | 09 | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 07 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD<br>OCCIDENTE E.S.E<br>Prestación de Servicios profesionales especializados en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE<br>SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE en el mes<br>de Agosto según contrato 2264-2025 | WSD | 132,00 | $90.133,00 | | | | 0,00 | $11.897.556,00 |

**Notas**:

**SON**: (once millones ochocientos noventa y siete mil quinientos cincuenta y seis pesos )
**CUFE**: fb0c68c45e07767b843732ed95499a5b3bad48d1804adc5d556663018273c8b9b583b27944d2a1e85140f7f27d4bec83

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $11.897.556,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $11.897.556,00 |

Realizar transferencia a cuenta de ahorros del banco Davivienda
No. 004800297824 A Nombre de Paula Andrea Florez Azuero

**Firma Digital:** ql6P1/ixU0+Vzcol7IOTyB/ttSx9W2xBs+XD1f67yzolAyiT8K6/A2+WdWE9O/nw sXybeK30oKiyrevQ3cDblGrNsTLtS1uSKLdOeXqOikp0a9WifA ehr5/JaByhXFVG tcys0y8OXqlxAVuEKpNnM1v1LY3DFcbrbQD9xvGwIGfXXojZq0oApqed99rn1M7A ChezMCKiuQErpbb3bqF6Iv+yhx7uin0JR0O stlRq1YNLOvVM4VKeD1nqIrtTHp9P lu62+EKvURLCoUm3lje2AP90scaeWiPRFdgGr8HdZtxhie1qsNUNQr1sr/wgzM9Y lut8yfGElsSWhD2t8bGo 7w==

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: 01/08/2025 hasta: 31/08/2025 .**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**