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:	Diana Carolina Buitrago								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1020736145			
CORREO ELECTRONICO:	dianabuitragomd@gmail.com				CELULAR:	3017532810			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B04	25	KE10A24	25	KE10D01	25	KE10C10	25	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62497349406						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2258			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2086	FECHA	2025-10-24 12:33:25.000	NÚMERO DE CRP	45378	FECHA	2025-10-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-10-01		2025-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10,815,960						
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	$97,343,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,815,960
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
90148186	$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 Octubre 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.	Participo en capacitaciones con el 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.	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	1020736145	DIANA CAROLINA BUITRAGO GAITAN	calle 159 No.54-35	5280295	dianabuitrago888@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	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90148186	$2.881.700	

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	1.125.000	0		0		0	4	2.800	0	1.127.800	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	1.440.000	0	0	45.000	45.000	4	3.600	400	1.534.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	219.300				219.300	4	600	219.900			2.193	219.900	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	1.125.000	1.127.800
Pensión	1	1.530.000	1.534.000
Riesgos Laborales	1	219.300	219.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.874.300	2.881.700

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
CC	1020736145	DIANA CAROLINA BUITRAGO GAITAN		calle 159 No.54-35	5280295	dianabuitrago888@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90148186	$2.881.700	

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	1020736145	BUITRAGO GAITAN DIANA CAROLINA	59	0			N																	230901	9.000.000	1.440.000	0	0	45.000	45.000	EPS008	9.000.000	1.125.000	14-23	9.000.000	3	219.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CER_AFI_2025000125314

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 contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Empresa Contratante 723 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
Tipo de documento de identificación	NIT	**número de documento de identificación**	9009590484
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1020736145	**Estado de afiliación**	Activa
Fecha última cobertura	24/07/2025	**Nombres y apellidos**	DIANA CAROLINA BUITRAGO GAITAN
Fecha inicio contrato	01/02/2025	**Fecha de retiro**	31/10/2025
Fecha fin contrato	31/10/2025	**Tipo de vinculación**	Trabajador Independiente
Clase de riesgo	3		

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de septiembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30092025D1020736145B178315.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
aa8a7fde6ab0edb8ae9a0c623147a0f3bd5497dedc4b5ac764f9f8e4f8ec3ab24bb1b1b1e9c93a4072721665007f3e39

Número de Factura: 150
Fecha de Emisión: 25/10/2025
Fecha de Vencimiento: 24/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BUITRAGO GAITAN DIANA CAROLINA
Nombre Comercial: BUITRAGO GAITAN DIANA CAROLINA
Nit del Emisor: 1020736145
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 159 54 35
Teléfono / Móvil: 3017532810
Correo: dianabuitrago888@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: gerencia@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	85121601	Servicios de médicos especialistas En Ginecologia durante el mes de octubre 2025 Segun contrato No 258 202	HUR	120,00	$ 90.133,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 10.815.960,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
25/10/2025 07:40:44
Documento validado por la DIAN:
25/10/2025 07:40:45
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	10815960
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10815960
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	10815960
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 10815960

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.815.960,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10.815.960,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.815.960,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 10.815.960,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764074891610 Rango desde: 101 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-07-11