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:	Maria Claudia Cabra Caicedo								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53107024			
CORREO ELECTRONICO:	maclaudia521@gmail.com				CELULAR:	3124320262			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PLAN CANGURO HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE11J16	18	KE11B05	57	KE11I05	25			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570096081						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2396			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	52379	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$17,125,270				
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:	$170,261,237
VALOR EJECUTADO	$168,819,109
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17,125,270
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,442,128
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
9494649404	$6,489,576	$811,197	$1,038,332	3	$158,086	$2,007,615

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	Se realizan las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados segun las guias de manejo institucionales para el manejo de las patologías vista en la poblacion infantil	Evidencia en la Historia clínica en Dinámica Gerencial
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Se ejecuta el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Evidencia en la Historia clínica en Dinámica Gerencial
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se cumple con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Evidencia en la Historia clínica en Dinámica Gerencial
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Regisro evidenciado por medio de registro asistencia
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se informa al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Registro evidenciado por medio de la Historia clínica en Dinámica Gerencial
Llevar registro de la atención de las 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	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones y mantengo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Regisro evidenciado por medio de registro asistencia
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la programación de las actividades de la Subred	Regisro evidenciado por medio de registro asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se reportan de forma oportuna y adecuada los eventos de notificación obligatoria	Demostrado en el diligenciamiento de las respectivas fichas de notificación
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.	Se reportan las respectivas fallas de calidad que se presentan en el servicio, participando activamente en los planes de mejora definidas para el servicio.	Registrado en la plataforma
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Comunicacion acertiva con el equipo de trabajo al momento de Impartir instrucciones sobre conductas definidas sobre el paciente pediatrico.	Evidenciado en el cumplimiento de la indicación
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Adecuado diligencimiento de los formatos relacionados con la atención del paciente pediátrico cumpliendo con los criterios respectivos	Mostrado en la historia clínica escrita o diligenciad en aplicativo Dinámica Gerencial.
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Evidenciado en el cumplimiento de la indicación
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informar al familiar sobre el estado del paciente pediátrico, plan de manejo y resultados de pruebas realizadas	Informe verbal registrado también en el formato de historia clínica
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Informe verbal registrado también en el formato de historia clínica
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Se Informan las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Evidenciado en el cumplimiento de la indicación
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Se registran las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Evidenciado en el cumplimiento de la indicación

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participaré en las investigaciones que adelante la Subred y que correspondan a mi especialidad.	Quedara verificado por los respectivos registro formales e informales de dicha participación
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	"No realizo supervisión contratos "	No queda registro
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Se cumple y apoyan las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Mediante actas y registros visuales
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Se elabora mensualmente un informe sobre las actividades realizadas para la certificación de cumplimiento del contrato.	Se diligencia informe escrito de dichas actividades el cual es estregado al respectivo supervisor
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Me responzabilizo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades y se entregaran a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Acta de entrega y devolución de dichos elementos
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales estoy convocada.	Por medio de actas y registros
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred y apoyo la implementación de los mismos.	Verificación en la plataforma de Dinámica Gerencial.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato.	Constancia en actas, registros escritos, correos, registros online, plataforma Dinámica Gerencial, aplicativos respectivos

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

MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO

NIT: 53107024-0

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 63 23 A 84 IN 1 AP 401 CONJ RIBERAS DEL PARANA, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3124320262

Email. maclaudia521@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764097693877 válida desde 2025-08-27 hasta 2026-02-27 rango desde FEC-54 hasta FEC-200.

Nombre o 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., Bogotá, Colombia
Teléfono: 7560505
Email: lidersedes7@subredsuroccidente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FEC - 57**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**21:31:37-05:00**
FECHA FIRMADO:	**27/11/2025 21:31:40**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
27	11	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	Servicios Médicos Profesionales. Médico Pediatra	WSD	1,00	$17.125.270,00				0,00	$17.125.270,00

Notas:

SON: (diecisiete millones ciento veinticinco mil doscientos setenta pesos)
CUFE: 2b790e9cb0584fcb1d71cff21d6765ff3d0f6c88b8216a62647f8e0c14f03c0e14c44409e7fa1c533ba6aa7eac6939b6

Subtotal:	$17.125.270,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$17.125.270,00

Firma Digital: mbGigK5anpnTQvFtjQzpZ00d84ynfAy/C3r9nS32rGw21uTZfT9Ow6B4T3rZ+QQQ
ASeEjk0mJ8SA1/OKwVe2FCsZbRqD8FqulYRfJTn5LbhuUltbFy
xK+vxoHlZddqdG L+noRBRPlxJ8bcNbIG3lcVG3BPor/FyZJJ0bUmzfSR3CCe0V/ZAqBJvshtu3fS9E ikeK6dajLLZgLWVXwjUlxTanFBVLUbw1nTD
Ho59JNx37rxHNJ7dJ+wmbA6oZh/UZ N+z04/PcVxl8rNt3bo2j46JwrHBBL8zpuathV/ajhPtN+GUlQRzHHMP/RkklhiJ2 qYquhJeka5ChtzRg8V4M
+g==

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.

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 53107024		CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 33 25 F 10 torre 7 AP 1211	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4765860	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922436655	9494649404	I	2025/11/10	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	2	$2,075,600

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)					$6,489,576	$1,103,400			$6,489,576	$811,200			$0	$0			$6,489,576	$158,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,489,576	$1,103,400			$6,489,576	$811,200			$0	$0			$6,489,576	$158,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,489,576	$1,103,400			$6,489,576	$811,200			$0	$0			$6,489,576	$158,100		$0	$0
1	CC 53107024	CABRA MARIA	25-14	30	$6,489,576	$1,103,400	EPS005	30	$6,489,576	$811,200		0	$0	$0	14-11	30	$6,489,576	$158,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$6,489,576	$1,103,400			$6,489,576	$811,200			$0	$0			$6,489,576	$158,100		$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 53107024		CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 33 25 F 10 torre 7 AP 1211	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4765860	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922436655	9494649404	I	2025/11/10	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	2	$2,075,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,103,400	$1,600	$0	$1,105,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,103,400	$1,600	$0	$1,105,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$158,100	$200	$0	$158,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$158,100	$200	$0	$158,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$811,200	$1,100	$0	$812,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$811,200	$1,100	$0	$812,300
TOTAL				**1**	**$2,072,700**	**$2,900**	**$0**	**$2,075,600**