

					Versión		3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018		
					Código:		04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			sofia lerma garcia						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1000575300	
CORREO ELECTRONICO:			sofilg1@gmail.com			CELULAR:		3209223420	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10B01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO COLPATRIA			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			1052044764				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		2459			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	183	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2026-01-01			2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,483,152					
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:						\$94,585,432			
VALOR EJECUTADO						\$94,585,432			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,483,152			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%			
El intervisor 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		
27568336 y46116938	\$2,993,261	\$374,158		\$478,922	3	\$72,916	\$925,995		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades	• Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	• Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	• Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	• realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria	Historia clínica y estadística enviada por servicio de eps
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	• Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	• Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	• Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato	• Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	• Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes	• Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	• Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	• Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	• Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares	• Historia clínica manual.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000575300	SOFIA LERMA GARCIA		calle 152C #72-65	3209223420	sofig1@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	27568336	1 0
TOTAL A PAGAR					\$902.400

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	362.100	0		0		0	11	2.500	0	364.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	463.500	0	0	0	0	11	3.200	0	466.700	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	70.600				70.600	11	500	71.100			706	71.100	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	362.100	364.600
Pensión	1	463.500	466.700
Riesgos Laborales	1	70.600	71.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	896.200	902.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000575300	SOFIA LERMA GARCIA		calle 152C #72-65	3209223420	sofig1@gmail.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	27568336	\$902.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1000575300	LERMA GARCIA SOFIA	59	0	N																		230201	2.896.704	463.500	0	0	0	0	0	EPS008	2.896.704	362.100	14-11	2.896.704	3	70.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000575300	SOFIA LERMA GARCIA		calle 152C #72-65	3209223420	sofig1@gmail.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
27568336	16/01/2026				EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	N	03/02/2026	46116938	TOTAL A PAGAR
\$30.700					

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	12.100	0		0		0	29	300	0	12.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	15.500	0	0	0	0	29	300	0	15.800	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	2.400				2.400	29	100	2.500			24	2.500	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	29	0	0	0
ICBF				
0	29	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	12.100	12.400
Pensión	1	15.500	15.800
Riesgos Laborales	1	2.400	2.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	30.000	30.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000575300	SOFIA LERMA GARCIA		calle 152C #72-65	3209223420	sofig1@gmail.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
27568336	16/01/2026				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2025-12	2025-12	N	03/02/2026	46116938	TOTAL A PAGAR
					\$30.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiza. exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1000575300	LERMA GARCIA SOFIA				59	0			N																230201	2.993.261	479.000	0	0	0	0	0	EPS008	2.993.261	374.200	14-11	2.993.261	3	73.000		0	0	0	0	0	0	0

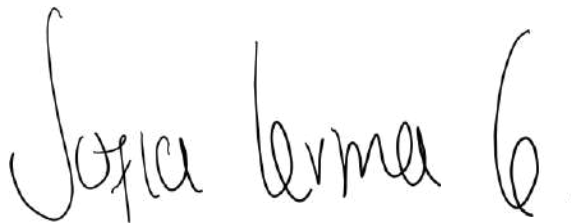
PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SOFÍA LERMA GARCÍA
C.C 1000575300 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 7.483.152, por el concepto de: prestación de servicios como Médico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de ENERO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2459-2025.



SOFÍA LERMA GARCÍA
CC. 1000575300 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS SCOTIABANK
COLPATRIA NÚMERO 1052044764

Logo

Agencia Nacional de Contratación Pública

Autonomía del Contraste

UTC - 5:10:11:32

Sofía Lerma García

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ira

Buscar

Inicio

Mapa

Administración de contratos

Ver contrato

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SI

No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA FEBRERO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA MARZO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 MES ABRIL.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 MES ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA MAYO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA JUNIO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA JULIO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA AGOSTO.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA NOVIEMBRE.pdf	SOFIA LERMA GARCIA CC 1000575300 CUENTA NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle