

**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:		maria claudia angulo sandoval					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	No.	52083266	
CORREO ELECTRONICO:		mcas71@yahoo.com			CELULAR:	2450483 - 310 8049261	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT NEUROLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10A13	80	KE10B04	20			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		500061858			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		2783		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2886	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO I					
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2026-01-01		2026-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,675,870			
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:	\$44,110,440
VALOR EJECUTADO	\$44,110,440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3,675,870
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
7996128363	\$1,470,348	\$183,794	\$235,256	3	\$35,818	\$454,867

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Fidel Ernesto Sobrino Mejia  
79436979  
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 las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente	Elaborar y entregar informe de resultados conforme al proceso de la evaluación neuropsicológica realizado dentro del plan integral de cada paciente	Informe neuropsicológico entregado al paciente y cargado en la historia clínica del paciente en Dinámica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se realiza la historia clínica en Dinámica manteniendo la confidencialidad del paciente	Registro de las consultas en la historia clínica en Dinámica
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	Se realizan los formatos de la historia clínica de neuropsicología sean consultas de primera vez y controles. Se realiza informe de la evaluación neuropsicológica	Información se llena en la historia clínica en Dinámica Informe cargado en la historia clínica del paciente.
Participar en la programación de las actividades de la Subred	Se participa en las actividades requeridas por la Subred	Actas de las actividades.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Si se presentan se reportan los casos que requieran notificación obligatoria	Ficha de inicio de atención insegura diligenciadas y gestionadas con la oficina de seguridad del paciente.
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	Si se presentan se notifican las fallas de prestación del servicio no se presentaron novedades al respecto	En caso de presentarse se notifica a los entes correspondientes
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	no aplica	No aplica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar la historia clínica del paciente en consulta inicial consultas de control, que dejen evidencia su atención y evolución dentro de la atención correspondiente	Información consignada en la historia clínica de dinámica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realiza evaluación neuropsicológica de acuerdo a las necesidades del paciente	Informe neuropsicológico y evolución de las consultas en dinámica
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Evaluación neuropsicológica como parte del seguimiento y control del proceso de los pacientes	Evoluciones en la historia clínica de dinámica y se anexa informe neuropsicológico
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Brindar información al paciente y su acompañante durante la sesión inicial sobre el proceso que se va a realizar y el manejo del proceso de evaluación neuropsicológica	Información en el informe y en la historia clínica.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Realizar informe mensual sobre el desarrollo y actividades como neuropsicóloga de acuerdo al contrato	Informe mensual cargado a SURESOC
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Mantener en control y en buen estado los elementos del consultorio para la atención del paciente	Implementos del consultorio del Hospital de Bosa
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	no aplica	no aplica
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplir con los procedimientos establecidos por la subred mediante atención de pacientes apoyando así la implementación de los mismo	Rips y registro de atención en la historia clínica e n Dinámica
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	no se requirio	no aplica
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Diligencias formatos de la historia clínica, en historia de primera vez, controles y posterior elaboración y entrega de los informes	Información en la historia clínica del paciente. Informe cargado Soporte de entrega de informes.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	no aplica	no aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Cargas constancia de pago de sistema de seguridad social en salud pensión y riesgos profesionales	costancia en suresoc
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las actividades asistencia a juntas y reuniones establecidas	Formatos de asistencia

Fidel Ernesto Sobrino Mejia  
79436979  
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

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52083266	NÚMERO PLANILLA:	<b>7996128363</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	MARIA CLAUDIA ANGULO SANDOVAL ANGULO SANDOVAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES diciembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 39 A 21 23	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2032347455
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/23		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 640.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 640.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 640.000</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 500.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 500.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 97.500	\$ 97.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 97.500	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 97.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 97.500</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE																																																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NOVEDADES																									
																										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES										
										PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES																															
										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU														
1	CC 52083266	ANGULO SANDOVAL MARIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 4.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	4.000.000	\$ 640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 640.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	4.000.000	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	14-11 - ARL SURA	30	4.000.000	52083266	\$ 97.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 1.237.500**

Medellín, 25 de enero de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

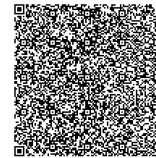
Que MARIA CLAUDIA ANGULO SANDOVAL identificado(a) con C52083266 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520832662602547211

## MARIA CLAUDIA ANGULO SANDOVAL

52083266  
CL 39 A #21 23  
Bogotá D.C.  
3204153812  
emisionfacturas@tucarpeta.com.co

Actividad Economica:  
Persona Natural  
Tarifa ICA:

Factura Electrónica de venta  
FE-177

Fecha Factura: 25/01/2026 00:00:00  
Fecha Vencimiento: 2026-01-26  
Fecha y Hora Validación DIAN:  
25/01/2026 13:01:34

**Cliente:** Subred Integrada de Servicios de Salud sur Occidente ESE  
**Identificación:** 900959048  
**Dirección:** calle 9 no-39- 46  
**Teléfono:** 6013753569  
**Ciudad:** Bogotá D.C.  
**Correo:** facturacionelectronica@subredsuoccidente.gov.co

No.	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	IVA	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
1	PREST	PRESTACION DE SERVICIOS DE NEUROPSICOLOGIA DEL 1 enero al 31 de enero 2026	1.00	94	0.00	3,675,870.00	3,675,870,00

Observaciones: honorarios mes de enero 2026

Valor en letras: SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

SUBTOTAL	3,675,870.00
ANTICIPO	0.00
RETEICA 0,00 %	0,00
RETEIVA 0,00 %	0,00
RETEFUENTE0,00 %	0,00
IVA	0.00
DESCUENTO	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>3,675,870.00</b>

FORMA DE PAGO: Contado

MEDIO DE PAGO: Efectivo

Resolución Dían No. 18764083519687. Fecha de vigencia desde 2024/ 11/16 hasta 2026/11/16  
Con Prefijo FE, Desde 101 A 200.

MARIA CLAUDIA ANGULO SANDOVAL

Cliente



Transfiriendo S.A. Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN NIT 900.032.159-4

Firma y sello

Firma y sello Aceptado