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:	LAURA DANIELA INFANTE GIL						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1049634508	
CORREO ELECTRONICO:	LAURAINFANTE694@GMAIL.COM				CELULAR:	3208733756	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488446707520				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1788			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	293	FECHA	2026-01-19 06:19:11.000	NÚMERO DE CRP	12374	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-01		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,201,304				
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:	$67,729,296
VALOR EJECUTADO	$22,940,568
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,201,304
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$44,788,728
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	34%

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
9501508155	$3,495,706	$436,963	$559,313	3	$85,155	$1,081,431

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

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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
1) REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADO DEL PACIENTE.	• Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
2) CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES	• Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
3) LLEVAR REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS 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 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	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
4) CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA.	• Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	• PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
5) PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA.	• Participo en la programación de actividades del área.	• CUANDO SE REQUIERA
6) REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA SUBRED	• Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
7) 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.	• Notifico 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.	• CUANDO SE REQUIERA
8) IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE.	• Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	• ORDENES MEDICAS
9) DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD.	• Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
10) DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO.	• Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
11) PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN.	• Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	• CUANDO SE REQUIERA
12) INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN.	• Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	• SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
13) EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN.	• Emito conceptos médicos que se le requieran.	• CUANDO SE REQUIERA
14) APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.	• Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
15) DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO	• Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	• CUANDO SE REQUIERA
16) ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA QUE ESTE CERTIFIQUE EL CUMPLIMIENTO	• Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	• FORMATO INSTITUCIONAL
17) RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEI CONTRATO.	• Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	• CUANDO SE REQUIERA
18) PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.	• Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• CUANDO SE REQUIERA
19) CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.	procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	• CUANDO SE REQUIERA
20) APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.	• Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	• CUANDO SE REQUIERA

Copia controlada Subred Sur Occidente

21) REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED.	• Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	• SISTEMA DE INFORMACION
22) REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO.	• Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	• CUANDO SE REQUIERA
23) ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE	• Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	• PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
24) REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	• Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	• CUANDO SE REQUIERA

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
222f4428ca2cf7be14113b000aa9bf201aed1977f0de3a94778a331808cb0ca4b0621753968cc09371da66f386084269

Número de Factura: FE-15
Fecha de Emisión: 19/03/2026
Fecha de Vencimiento: 19/03/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: INFANTE GIL LAURA DANIELA
Nombre Comercial: INFANTE GIL LAURA DANIELA
Nit del Emisor: 1049634508
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 23 D 86 51 IN 12 AP 102
Teléfono / Móvil: 3208733756
Correo: laurainfante694@gmail.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: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 No. 39 46
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: laurainfante694@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	HONORARIOS	Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y o asistencial en el area de Pediatria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	HUR	156,00	$ 91.034,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.201.304,00

Notas Finales

Linea de negocio: CONTRATO No 1788-2026 "Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Pediatría dentro de los diferentes procesos y procedmientos"

Datos Totales



Documento generado el:
19/03/2026 09:53:39
Documento validado por la DIAN:
19/03/2026 09:53:40
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	14201304
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14201304
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	14201304
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14201304

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	14.201.304,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14.201.304,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	14.201.304,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14.201.304,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764092468762 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2027-04-28

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 1049634508		INFANTE GIL LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23D N 86 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208733756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	147632233	9501508155	I	2026/03/04	2026/03/17	BANCO DAVIVIENDA	13	$1,090,800

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)					$3,495,705	$559,400			$3,495,705	$437,000			$0	$0			$3,495,705	$85,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,495,705	$559,400			$3,495,705	$437,000			$0	$0			$3,495,705	$85,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,495,705	$559,400			$3,495,705	$437,000			$0	$0			$3,495,705	$85,200		$0	$0
1	CC	1049634508	INFANTE LAURA	230301	30	$3,495,705	$559,400	EPS005	30	$3,495,705	$437,000		0	$0	$0	14-33	30	$3,495,705	$85,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,495,705	$559,400			$3,495,705	$437,000			$0	$0			$3,495,705	$85,200		$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 1049634508		INFANTE GIL LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23D N 86 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208733756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	147632233	9501508155	I	2026/03/04	2026/03/17	BANCO DAVIVIENDA	13	$1,090,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$559,400	$4,700	$0	$564,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$559,400	$4,700	$0	$564,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$85,200	$800	$0	$86,000
COLSANITAS ARL	14-33	901,469,580	2	1	$85,200	$800	$0	$86,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$437,000	$3,700	$0	$440,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$437,000	$3,700	$0	$440,700
TOTAL				**1**	**$1,081,600**	**$9,200**	**$0**	**$1,090,800**