Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	Patricia Andrea Cuero Daza							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52734821		
CORREO ELECTRONICO:	paticosgj@gmail.com				CELULAR:	3102790964		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10B05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91277262385					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1920			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	293	FECHA	2026-01-19 06:19:11.000	NÚMERO DE CRP	13543	FECHA	2026-02-02 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:	$16,932,324						
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	$30,587,424
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,932,324
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$37,141,872
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	45%

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
66828250	$5,462,040	$682,755	$873,926	3	$133,055	$1,689,737

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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

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. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes 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	1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes 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	Historias Clinicas
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica. 5) Participar en la programación de actividades del área. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica. 5) Participar en la programación de actividades del área. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Historias Clinicas
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. 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	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. 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Historias Clinicas
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Historias Clinicas
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	13) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historias Clinicas
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 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. 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 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. 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Actas
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Historias Clinicas

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Cuenta De Cobro

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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	52734821	PATRICIA ANDREA CUERO DAZA	Cll 160 # 58-75	3102790964	paticosgj@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66828250	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$6,705,895	$2.217.700	

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	838.300	0		0		0	6	3.300	0	841.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.073.000	0	0	0	0	6	4.200	0	1.077.200	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	163.400				163.400	6	700	164.100			1.634	164.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	134.200	6	600	134.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	838.300	841.600
Pensión	1	1.073.000	1.077.200
Riesgos Laborales	1	163.400	164.100
CCF	1	134.200	134.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.208.900	2.217.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52734821	PATRICIA ANDREA CUERO DAZA	Cll 160 # 58-75	3102790964	paticosgj@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66828250	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$6,705,895	$2.217.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52734821	CUERO DAZA PATRICIA ANDREA	57	0			N																	230301	6.705.895	30	1.073.000	0	0	0	0	EPS008	6.705.895	30	838.300	14-11	6.705.895	30	3	163.400	CCF24	6.705.895	30	134.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 24 de marzo 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 PATRICIA ANDREA CUERO DAZA identificado(a) con C52734821 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C527348212608384373

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

Dra. PATRICIA ANDREA CUERO D
Medica Pediatra

PATRICIA ANDREA CUERO DAZA

NIT: 52734821-1
Régimen: No responsable de IVA
Tipo Persona: Natural
CL 160 58 75, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 110110
Tel. 3222664266

Autorización facturación electrónica No. 18764090739892 válida desde 2025-03-19 hasta 2027-03-19 rango desde FEPC1 hasta FEPC50.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959048
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE-ESE-
Dirección:	
Télefono:	
Email:	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	**FEPC15**
Fecha Emisión	24/03/2026 11:39:10
Fecha Vencimiento	31/03/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	31/03/2026
Total de Lineas	1
Fecha Firmado	24/03/2026 11:39:11

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	% o Val.	Monto .	Dcto.	Total
1	85121502	Consulta medico especialista en Pediatria	WSD	186,00	$91.034,00				0,00	$16.932.324,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$16.932.324,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$16.932.324,00

Notas:	No practicar Retención en la Fuente e Ica, pertenezco alRégimen Simple de Tributación

Total con letra:	(DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS)
CUFE:	7bc2ed6b5ac3c015298a97203bc9ea9d5e77aa275ad7997e344db95a08429dfc1a0e3de6b9683e3459c29af231846a49

Firma Digital: D0IVDx6fGNBa/dUbmHvX3+yJ3wygC3ETXoryrshL2DZ788AplyupEHPKxMa7v4gU
DoG6xoP5Tosy68zHR3GP3iPlcFneQWVj/mNUmubSUHpU4B4rXn
IdKq6qI+rHyleL /nX/D9nRWP9CslbPGdutwYSxH5b4bVe7gzUaxF04kcsaMfHtKiw9/H1Zy9l1lbgF ahVnsO+DwmLgVmenj4A3t8G/DZ9NmSJTcZz
h9CPaLPfC0nU9dxJtDMLxx4uUCCgO 5Hhi9b3/oIZd5b7priftzR953pd1u/fsuRRDN3Cy/YtDa5qWfT25l9mSTdr37q8K nLMthhQayegidXksSCrh
6A==

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.