

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:	Viviana Carolina del Pilar Pachón Gil						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1032389654		
CORREO ELECTRONICO:	viviana-pachon@juanncorpas.edu.co			CELULAR:	3118281821		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS FONTIBÓN			SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03106	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO GNB SUDAMERIS			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	90080399660			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	688			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	932	FECHA	2026-04-16 16:00:56.000	NÚMERO DE CRP	16297	FECHA	2026-04-23 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-05-01		2026-05-31		
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:	\$69,914,112
VALOR EJECUTADO	\$69,914,112
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$16,932,324
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
6015967641 - 6021482307	\$6,772,930	\$846,616	\$1,083,669	3	\$164,989	\$2,095,274

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

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 3) Llevar 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.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica.
4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) 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. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica.
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica.
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención.	Lista de asistencia en el caso de que se genere.
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica.
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	N/A	N/A
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Certificación del pago de la planilla de manera mensual.

Jaime Alberto Goenaga
 72161935
 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

VIVIANA CAROLINA DEL PILAR PACHON
 GIL
 NIT 1.032.389.654-4
 TV 35 BIS 34 04 SUR
 Tel: (601) 7277006
 Bogotá - Colombia
 vivipachong@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FE 12

Señores	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 5551347
Dirección	CL 9 No 39-46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/05/2026, 06:00
Expedición	29/05/2026, 06:01
Vencimiento	29/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Servicios Profesionales de Especialista en Medicina Interna.	1.00	16,932,324.00

Total items: 1

Total Bruto	16,932,324.00
Total a Pagar	16,932,324.00

Valor en Letras:

Dieciséis millones novecientos treinta y dos mil trescientos veinticuatro pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 16,932,324.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764096963715 aprobado en 20250813 prefijo FE desde el número 1 al 1000 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0.00966
 CUIFE: 077cf97c737838f170dd791fd858c96e4b2b14b39054f290a2df5505f125cb943ce6f3609c3f8173a73dc874abfeb4c5

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032389654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	VIVIANA CAROLINA DEL PILA PACHON GIL		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANS 35 BIS N.34-04	TELÉFONO:	7274065
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6015967641	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	296382228

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 320.000
SUBTOTAL:				1	\$ 320.000

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002514406	EPS005		EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 250.000
SUBTOTAL:				1	\$ 250.000

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11		14-11 - ARL SURA	1	\$ 48.800
SUBTOTAL:				1	\$ 48.800

VALOR SIN MORA:	\$ 618.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 618.800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1032389654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	VIVIANA CAROLINA DEL PILA PACHON GIL	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANS 35 BIS N.34-04	TELÉFONO: 7274065
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	6021482307	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	13		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	341019007
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6015967641	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/05/11

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 770.800
SUBTOTAL:			1	\$ 770.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 602.300
SUBTOTAL:			1	\$ 602.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 117.300
SUBTOTAL:			1	\$ 117.300

VALOR SIN MORA:	\$ 1.476.600
VALOR MORA:	\$ 13.800
TOTAL PAGADO:	\$ 1.490.400

Medellin, 28 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **VIVIANA CAROLINA DEL PACHON GIL** con documento de identidad **C1032389654**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-07-03	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	000000003	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**