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:	Tatiana Villamil Castañeda								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52864291			
CORREO ELECTRONICO:	ginecobstetratatianavillamil@gmail.com				CELULAR:	3134320301			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10C10	35	KE10D01	35	KE10B04	30			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488414762960						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	153			VIGENCIA		2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	10850	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2026-03-01		2026-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$12,016,488					
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:	$48,065,952
VALOR EJECUTADO	$24,032,976
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$12,016,488
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$24,032,976
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
65370965	$4,806,595	$600,824	$769,055	3	$117,089	$1,486,968

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

PEDRO JOSE LOZANO DIAZ
79483427
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 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	Atención especializada en ginecología, valoración, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos, garantizando el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad vigente.	Historias clínicas completas y firmadas, registro de procedimientos realizados y planes de manejo documentados.
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 4. Participar en la programación de actividades del área	Registro oportuno en sistema institucional de consultas y procedimientos; participación en programación y organización del servicio.	Reporte estadístico mensual de producción y soportes o actas de participación en reuniones 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	Identificación y reporte oportuno de eventos epidemiológicos y fallas de calidad; participación en análisis y aplicación de acciones de mejora.	Reportes de eventos realizados y evidencia de participación en planes de mejoramiento.
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Orientación al equipo asistencial sobre manejo médico y diligenciamiento completo y oportuno de formatos clínicos y administrativos.	Registros en historia clínica y formatos institucionales correctamente diligenciados.
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Explicación del procedimiento, obtención del consentimiento informado y realización de controles clínicos según plan de manejo.	Consentimientos informados firmados y registros de evolución y seguimiento documentados.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Información clara sobre diagnóstico y tratamiento; elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados.	Registro en historia clínica de educación brindada y conceptos médicos emitidos.
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	Aplicación de protocolos y guías institucionales; elaboración y entrega del informe mensual al supervisor del contrato.	Evidencia de adherencia a protocolos e informe mensual firmado con certificación de cumplimiento.
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. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Uso adecuado y custodia de equipos asignados; asistencia a capacitaciones, inducciones y reuniones institucionales.	Paz y salvo o acta de entrega (cuando aplique) y listados de asistencia a capacitaciones.
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	Aplicación de lineamientos institucionales y apoyo a actividades interinstitucionales cuando sea requerido.	Evidencia de cumplimiento en auditorías y soportes de participación institucional.
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	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en procesos investigativos cuando sea convocado o requerido.	Reporte de actividades registradas en plataforma y soporte de participación en investigaciones (cuando aplique en el periodo).
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Supervisión de contratos: No aplica para el periodo evaluado, toda vez que no fue designado como supervisor. Pago mensual de seguridad social y cumplimiento de actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual.	Supervisión: No aplica. Planilla PILA pagada y anexada a la cuenta de cobro. Soportes de actividades ejecutadas durante el periodo.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

PEDRO JOSE LOZANO DIAZ
79483427
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

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	52864291	ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA	call 7 1 a 95	8854984	atvillamil@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65370965	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$2.165.600	

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	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	1.120.000	0	0	0	0	0	0		1.120.000	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	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	875.000	875.000
Pensión	1	1.120.000	1.120.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.165.600	2.165.600

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	52864291	ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA	call 7 1 a 95	8854984	atvillamil@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65370965	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$2.165.600	

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 52864291	VILLAMIL CASTAÑEDA ANGELICA TATIANA	59	0			N																	230901	7.000.000	30	1.120.000	0	0	0	0	EPS008	7.000.000	30	875.000	14-11	7.000.000	30	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ARL

Medellin, 24 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA** con documento de identidad **C52864291**, 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
2025-06-10	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	MORA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA

CC ***52864291***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *lunes, 16 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA
NIT: 52864291 - 3
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 3 11 44 TO 3 AP 401, CAJICÁ, Cundinamarca, Colombia
Tel. 3134320301
Email. atvillamil@fucsalud.edu.co
Autorización factura electrónica de venta No: 18764102773030 válida desde 2025-12-09 hasta 2027-12-09 rango desde TV501 hasta TV1000

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900959048
Dirección:
Teléfono:
Email: facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 08/04/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **TV - 516**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **20:41:53-05:00**
FECHA FIRMADO: **25/03/2026 20:41:55**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	03	2026	08	04	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	SERVICIOS MEDICOS POR HORAS	HUR	132,00	$91.034,00				$0,00	$12.016.488,00

Notas: Honorarios Médicos Especializados del mes de marzo 2026 según contrato 153- 2026

Subtotal:	$12.016.488,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$12.016.488,00

SON: (doce millones dieciséis mil cuatrocientos ochenta y ocho pesos cero centavos)

CUFE: 29642497ca9dd0efd3c3e822409684bee0e4cb233e36ea47950770f1efb6478cdb79168d9f7f495604f656fb5f65bb54

Firma Digital: HYLJwS2Xuwkb96wYCF0k8vb0tGToak7+RPyHXBDLY/T5IYjr8qdf6arh1BMgzNox
jO8Nb8QFef3GSBmX8XU3JJzwb07bU1SpS9WLfwfYGPHFoWAtItpE3X+lcCo+uLfE
tid/fV9vUv7+Ctx03oi7LDLbE0RWXzg2OKYeCpweiL/P+n4fAzwHSpxFo63atCTg
1CK/D6dwtaJvYziBF0A2Hsiny1wUzr4LPyuxnBte4zsa3Eh4PtanHvfeIuAdAHNf
FCaW+fn2hXiGw6VuHC/woYkJXMSSqjlAV7o6OgMzBWqHZ9+Gke4ZaZllwi3SgN8d
8rEKA0m64SaUNBkREytYkw==

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.