

Medellin, 27 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **TATIANA MILENA HERNANDEZ CASTAÑEDA** con documento de identidad **C53123683**, 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
2025-07-02	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**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53123683	TATIANA MILENA HERNANDEZ CASTAÑEDA		Cra 19a 160-05	3128946590	tattys00@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83590579	22/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.352.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	546.300	0		0		0	0	0	0	546.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	699.200	0	0	0	0	0	0		699.200	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	106.500				106.500	0	0	106.500			1.065	106.500	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	546.300	546.300
Pensión	1	699.200	699.200
Riesgos Laborales	1	106.500	106.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.352.000	1.352.000

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

TATIANA MILENA HERNANDEZ CASTAÑEDA
C.C. 53.123.683 DE BOGOTÁ

La suma de \$10.924.080 diez millones novecientos veinte y cuatro mil ochenta pesos, por concepto de: prestar servicios Profesionales a la gestión asistencial en el área de Pediatría dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 284-2026.



TATIANA MILENA HERNÁNDEZ CASTAÑEDA
C.C. 53.123.683 DE BOGOTÁ

Cel: 3218946590

CUENTA DE AHORROS # 0550488428453499

BANCO DAVIVIENDA

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:	Tatiana Milena Hernandez Castañeda					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	53123683	
CORREO ELECTRONICO:	tattys00@hotmail.com			CELULAR:	3128946590	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%				
	KE10105	100				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488428453499			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	284			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20114	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-05-01		2026-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$10,924,080			
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:	\$54,620,400
VALOR EJECUTADO	\$44,242,524
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$10,924,080
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$10,377,876
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
83590579	\$4,369,632	\$546,204	\$699,141	3	\$106,444	\$1,351,789

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

RONALD MEZA COLON
91446480
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	Se avisa oportunamente al interventor, para sus correctivos	Aplica si se hace necesario
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Realización de procedimientos según requerimiento del paciente	Registro en la H.C. del procedimiento realizado
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Teniendo en cuenta las normas para el orden correcto, se realiza el registro de atención al paciente en cada H.C.	La Historia Clínica
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se realiza la revista médica diaria, académica y asistencial en la U.R.N. Y asesoría en Alojamiento Conjunto y Reanimación.	Programa en atención al Recién Nacido y proceso Docente Asistencial
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	En cada visita se da información a los familiares	Se deja constancia en la H.C. de la información dada a los familiares.
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 realiza	Se deja constancia
Participar en la programación de las actividades de la Subred	Se participará en las reuniones organizadas por la SUBRED	Aplica si se hace necesario
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se diligencia fichas de notificación de forma oportuna	Registro en la H.C.
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	Se realiza reporte oportuno según corresponda	Registro
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Se realiza comunicación efectiva al grupo de trabajo	Aplica si se hace necesario
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se realiza diligenciamiento de formatos según corresponda	Registro
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Realización de procedimientos según requerimiento del paciente	Registro en la H.C. del procedimiento realizado
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	En cada visita se da información a los familiares	Se deja constancia en la H.C. de la información dada a los familiares.
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participación activa según corresponda	Participación
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Se avisa oportunamente a quien corresponda, para sus correctivos	Aplica si se hace necesario
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Se diligencia estadística	Estadística
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	De acuerdo a las necesidades requeridas por el servicio, se realizarán reuniones para el mejoramiento continuo	Se conformó grupos de trabajo
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Se realiza	Se deja constancia
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente	Cumplimiento de normas según corresponda	Se deja constancia
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Se cumple con lo estipulado en este Item	Informe mensual
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Se realiza revisión y bitacora de los elementos entregados	Se deja constancia
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participación activa según corresponda	Participación
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplimiento de normas según corresponda	Se deja constancia
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Cumplí con entregar la constancia de afiliación al SGSSS, con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Atenderé obligaciones a fines al objeto de la contratación	Aplica de acuerdo al objeto del contrato

RONALD MEZA COLON
91446480
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