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:	ADRIANA CAROLINA COTE LIZCANO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032458391	
CORREO ELECTRONICO:	acotelizcano@gmail.com				CELULAR:	3166435435	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QUIRURGICO MAXILOFACIAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10C02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550068000033990				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	319			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	18811	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$8,115,552				
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:	$32,462,208
VALOR EJECUTADO	$24,346,656
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,115,552
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,115,552
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
1081204715	$3,246,221	$405,778	$519,395	3	$79,078	$1,004,251

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

TEOMELILA GUERRA ARAUJO
49787690
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	Realizar valoración y procedimiento terapéutico según patología maxilofacial	Nota médica + registro de procedimiento en historia clínica
2.- Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Garantizar diligenciamiento adecuado y legal de la historia clínica	Historia clínica completa y firmada (legible y oportuna)
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	Registrar atenciones y procedimientos efectuados	Registro en sistema de información + reporte estadístico mensual
4.- Participar en la programación de actividades del área	Asistir a reuniones y cronogramas del servicio	Firma Acta de asistencia / registro en plan de programación
5.- Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar oportunamente eventos de notificación obligatoria (ej.: trauma facial grave, violencia)	Reporte en SIVIGILA o formato institucional
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	Reportar fallas de calidad e implementar correcciones	Formato de PQRS o reporte de no conformidad + plan de mejora
7.- Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Indicar y orientar al equipo de salud sobre cuidados y procedimientos	Orden médica e indicaciones registradas en historia clínica
8.- Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar formatos propios del área con criterios técnicos	Formatos completos (interconsulta, evoluciones, etc.)
9.- Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Obtener y documentar el consentimiento informado	Consentimiento informado firmado y archivado
10.- Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Obtener y documentar el consentimiento informado	Consentimiento informado firmado y archivado
11.- Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Realizar seguimiento postoperatorio y control de evolución	Notas de control / evolución periódica en historia clínica
12.- Emitir conceptos médicos que se le requieran	Brindar información clara al paciente y familia	Registro de información y educación en historia clínica
13.- Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Emitir conceptos o valoraciones solicitadas	Concepto médico o incapacidad emitida y firmada
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	Apoyar cumplimiento del SOGC y protocolos	Evidencia en auditorías o check list aplicados
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	Elaborar informe mensual de actividades	Informe mensual entregado al supervisor
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	Custodiar y devolver los elementos asignados	Acta de entrega/recibo de recursos o insumos
17.- Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Participar en capacitaciones o inducciones	Certificado o registro de asistencia
18.- Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Aplicar los procedimientos institucionales	Lista de chequeo / evidencia de cumplimiento
19.- Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Apoyar actividades interinstitucionales	Registro de apoyo / coordinación / acta
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	Participar en investigaciones clínicas	Constancia o registro de participación
21.- Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Supervisar contratos asignados si aplica	Informe de supervisión
22.- Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Mantener pagos de seguridad social al día	Planilla PILA mensual
23.- Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar otras actividades dentro del objeto	Registro en historia o acta de cumplimiento

Copia Certificada
Subred Suroccidente

TEOMELILA GUERRA ARAUJO
49787690
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

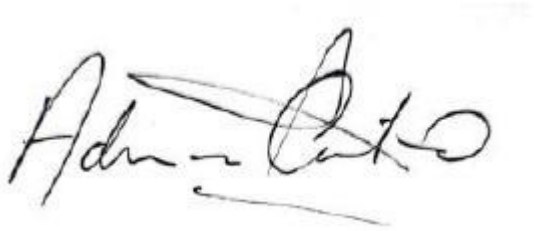
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No. 04/2026
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
ADRIANA COTE LIZCANO
CC 1032458391 DE BOGOTA

La suma de $ 8.115.552 M/Cte. (OCHO MILLONES CIENTO QUINCE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS), por concepto de: Prestación de servicios profesionales y de atención ambulatoria y hospitalaria, durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 de ABRIL de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 319-2026



ADRIANA CAROLINA COTE LIZCANO
CC 1032458391
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
068000033990

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-11, 08:13:48 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	ADRIANA CAROLINA COTE LIZCANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032458391
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081204715
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	214703189
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 1.002.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 518.400	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 405.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 79.000	$ 0
		SubTotales:		$ 1.002.400	$ 0
		Total a Pagar:			$ 1.002.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!