

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:		MARIA JOSE BARROS DIAZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1143462479		
CORREO ELECTRONICO:	mariajobardiz@gmail.com			CELULAR:	3046569560		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		URGE CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		542297007			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		1863		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1147	FECHA	2026-05-14 15:17:19.000	NÚMERO DE CRP	19732	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2026-05-01			2026-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,707,654			
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:	\$45,748,656
VALOR EJECUTADO	\$30,333,348
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$7,707,654
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$15,415,308
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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
82541149	\$2,983,608	\$372,951	\$477,377	3	\$72,681	\$923,009

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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA


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

DEBE A:

MARIA JOSÉ BARROS DIAZ

C.C. 1.143.462.479 DE B/QUILLA

LA SUMA DE \$7.707.654 (SIETE MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MONEDA CORRIENTE), por concepto de prestar servicios profesionales a la gestión asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del 01 al 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°1863-2026.



MARIA JOSÉ BARROS DIAZ

C.C. 1.143.462.479 DE B/QUILLA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ No. 542297007



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Artículos del catálogo
- 4 Documentos de certificaci...
- 5 Documento contractual
- 6 Información presupuestaria
- 7 Ejecución del contrato**
- 8 Versiones del contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

Paso anterior Evaluación del comprador Siguiente paso

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Sí No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No se encontraron artículos...					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Subido por		
<input type="checkbox"/> 1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	1143462479-MARIA JOSE BARROS DIAZ-CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	descargar	Detalle

Eliminar seleccionados Cargar nuevo

Cancelar

Paso anterior Evaluación del comprador Siguiente paso

9:14



PRETEST CAPACITACION USS OCCIDENTE DE KENNEDY

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. -
[Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#)
- [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



docs.google.com



9:49



POSTEST CAPACITACION USS OCCIDENTE DE KENNEDY

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. -
[Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#)
- [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



docs.google.com



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143462479	MARIA JOSE BARROS DIAZ		KR 89A BIS 8A 25 TO 1 AP 1204	3046569560	mariajobardiz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82541149	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$923.100	

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	373.000	0		0		0	0	0	0	373.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	477.400	0	0	0	0	0	0		477.400	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	72.700				72.700	0	0	72.700			727	72.700	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	373.000	373.000
Pensión	1	477.400	477.400
Riesgos Laborales	1	72.700	72.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	923.100	923.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143462479	MARIA JOSE BARROS DIAZ		KR 89A BIS 8A 25 TO 1 AP 1204	3046569560	mariajobardiz@gmail.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
		82541149	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$923.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	RET	TDE	TDE	TDP	TDP	SP	SP	SEN	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 1143462479	BARROS DIAZ MARIA JOSE	BARROS DIAZ MARIA JOSE	59	0			N																		25-14	2.983.608	30	477.400	0	0	0	0	EPS005	2.983.608	30	373.000	14-11	2.983.608	30	3	72.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 28 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **MARIA JOSE BARROS DIAZ** con documento de identidad **C1143462479**, 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
2024-07-19	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	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**