

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Dayan Nataly Rodriguez Cruz					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1022395984
CORREO ELECTRONICO:			natyrodriquezcruz@gmail.com			CELULAR:		3204166129
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT PEDIATRÍA USS OLARTE			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA31A26	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			94591873207				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4000			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1056	FECHA	2026-04-30 14:56:03.000	NÚMERO DE CRP	17211	FECHA	2026-05-11 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
				2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6,827,550				
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 repercute 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:					\$24,269,664			
VALOR EJECUTADO					\$10,104,774			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$6,827,550			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$14,164,890			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					42%			
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		
92458114	\$1,290,890	\$161,361	\$206,542	3	\$31,446	\$399,350		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ALBA EDITH LOPEZ 51770278 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. Prestar el servicio de especialista en pediatría en los servicios de salud sur occidente e.s.e.	Brindar atención médica especializada en pediatría dentro de la Subred Sur Occidente E.S.E.	Registro de atención especializada en el servicio de pediatría
Realizar la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación	Realizar consultas y procedimientos médicos según la programación establecida	Evoluciones médicas y registros de procedimientos realizados según programación.
3.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecidos en la resolución 1995 de 1999. 4. Digitar los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el supervisor del control, registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e.	Gestionar historias clínicas bajo la Resolución 1995 de 1999 y registrar datos en RIPS y formatos estadísticos institucionales	Historias clínicas diligenciadas según norma y registros RIPS digitados.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (habilitación y acreditación) según requerimientos de la Subred	Apoyar los procesos de habilitación y acreditación institucional según los requerimientos de la Subred.	Evidencias de apoyo a procesos de habilitación y acreditación institucional.
5.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada	Asistir a las jornadas de capacitación, inducción y reuniones a las que se le convoque.	Actas de asistencia o certificados de capacitaciones y reuniones.
6. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia. comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente.	Interiorizar los valores institucionales, priorizando el trato digno y la humanización en la atención.	Registro de atención con trato digno y aplicación de la política de humanización
7. Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción	Revisar la programación de citas e informar oportunamente cualquier novedad que afecte la producción.	Reporte de novedades de agenda informado oportunamente al supervisor.
Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Cumplir con estándares de productividad (incluyendo reemplazo de inasistencias) y reportar eventos de notificación obligatoria.	Informe de productividad y fichas de notificación SIVIGILA radicadas.
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	Notificar fallas de calidad, participar en análisis de casos e implementar acciones de mejora definidas.	Reportes de fallas de calidad y evidencias de acciones de mejora ejecutadas.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Responder por los elementos de trabajo entregados y devolverlos formalmente al finalizar el contrato.	Acta de inventario de elementos recibidos o constancia de devolución
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar mensualmente los soportes de pago de salud, pensiones y riesgos profesionales.	Planillas de pago a salud, pensión y riesgos profesionales entregadas mensualmente
Participar en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales	Participar en los procesos de formación académica de acuerdo con los lineamientos de la institución.	Registros o informes de actividades de formación académica realizadas.
Manter adecuada adherencia a las guías de practica clínica adaptadas y adoptadas por la institucion	Mantener una estricta adherencia a las guías de práctica clínica adoptadas por la institución	Registro documental de la adherencia a las guías clínicas institucionales.
14. Garantizar la adherencia al plan de contingencia frente a las fallas del sistema	Asegurar la continuidad de la atención mediante planes de contingencia ante fallas informáticas.	Formatos físicos diligenciados durante periodos de falla del sistema informático
15.Cumplir de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales. Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios	Cumplir rigurosamente con el lavado de manos, uso de EPP y manuales de seguridad del paciente.	Registro de cumplimiento de lavado de manos y uso correcto de EPP.
Prestar sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente.	Prestar servicios en diferentes unidades según las necesidades operativas para asegurar la cobertura asistencial	Soportes de atención prestada en las diferentes unidades asignadas.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar las demás tareas asignadas que sean acordes al objeto del contrato.	Informes o soportes de ejecución de tareas adicionales asignadas acordes al contrato

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
Supervisor

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

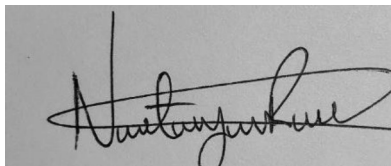
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

DEBE A:
DAYAN NATALY RODRIGUEZ CRUZ
CC 1022395984 DE BOGOTA

La suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOSVEINTICINETEMIL QUINIENTOSCINCUENTA m/cte. \$ 6.827.550 por concepto de prestación de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área PEDIATRIA 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, en el servicio de consulta externa centro de salud Olarte durante el periodo del 01 al de 30 de JUNIO del 2026 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4000 -2026



DAYAN NATALY RODRIGUEZ CRUZ
CC 1022395984 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 94591873207

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1022395984	DAYAN NATALY RODRIGUEZ CRUZ	Carrera 69 a # 1- 70 sur	9334903	natyrodriguezcrz@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		92458114	16/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.601.000		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD						
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	
					No. Autorización	Valor
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	646.900	0	0	0

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	828.000	0	0	0	0	0	0	0	0	646.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas								
14-11	ARL SURA	890993790-5	126.100				126.100	0	0	126.100		1.261	126.100	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	646.900	646.900
Pensión	1	828.000	828.000
Riesgos Laborales	1	126.100	126.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.601.000	1.601.000

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC	1022395984	DAYAN NATALY RODRIGUEZ CRUZ		Carrera 69 d # 1- 70 sur	9334903	natyrodriquezcruz@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		92458114	16/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.601.000		

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	SLN	VAC	VCT	IRL	CONEXIÓN				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 1022395984	RODRIGUEZ CRUZ DAYAN NATALY		57	0	N																	230201	5.174.589	30	828.000	0	0	0	0	EPS005	5.174.589	30	646.500	14-11	5.174.589	30	3	128.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0