

						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:				Laura Daniela Pérez Daza					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	No.		1015434657
CORREO ELECTRONICO:				ldpd0608@gmail.com			CELULAR:		3192329674
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				QUIRURGICO PEDIATRÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10C13	50	KE10A26	25	KE10I05	25			
ENTIDAD FINANCIERA:		LULO BANK				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				503824645053				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		115				VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP		19977	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:					\$17,967,000				
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:							\$71,868,000		
VALOR EJECUTADO							\$53,901,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$17,967,000		
VALOR A LIBERAR							\$0		
SALDO POR EJECUTAR							\$17,967,000		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							75%		
El intervisor 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	
74257132	\$7,186,800	\$898,350		\$1,149,888		3	\$175,070	\$2,223,308	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ 1122647008 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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizó las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realiza las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Información registrada en historia clínica de los pacientes atendidos, bajo criterios de integridad y reserva legal.
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	Llevó registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Información registrada en historia clínica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugías o procedimientos realizados, anotando en la descripción quirúrgica todos los códigos pertinentes.
Participar en la programación de actividades del área.	Participó en la programación de actividades del área.	Cronograma de actividades o actas de planeación de servicios.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Fichas de notificación (SIVIGILA) o reportes en el aplicativo de calidad.
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.	Notificó las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio.	Registro de notificaciones en el sistema interno, formatos administrativos y asistenciales debidamente diligenciados en las juntas y reuniones.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Órdenes médicas en el sistema y notas de recomendaciones en la historia clínica.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en la historia clínica de las respuestas a interconsulta, evoluciones y descripciones quirúrgicas de manera legible, oportuna e integral.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Consentimiento informado diligenciado y registrado en la historia clínica, firmado por el acudiente, en custodia de la institución.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practicó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Registros de control, revaloraciones y notas de seguimiento en historia clínica.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Constancia de información al paciente/familia registrada en la evolución clínica y los consentimientos.
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emitió conceptos médicos que se le requieran.	Conceptos técnicos o médicos emitidos por escrito o en la historia clínica.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Historia clínica que demuestra aplicación de manuales y procedimientos de la institución según requerimientos de la Subred.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Informe de actividades mensual radicado ante el supervisor del contrato.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondió por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Actas de entrega de elementos según el inventario de bienes a cargo.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales fue convocado.	Listados de asistencia y actas de reuniones o capacitaciones.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conoció y dió cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Historia clínica que demuestra la práctica asistencial acorde a los procedimientos establecidos por la Subred.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Apoyó a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Información registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada.

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registró las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Información registrada en historia clínica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugías o procedimientos realizados.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participó en las investigaciones que se adelantan en la Subred que permiten conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Reportes de avances de investigación en los que sea convocado.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizó supervisión de los contratos para los que fue designado	Informes de supervisión o actas de verificación de cumplimiento según aplique.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizó las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Información registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada.

ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ
1122647008
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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b4d1c139f00e422ad65105c842617fd9a3c383db967d4676d3036192756ebe02567b85e145b3440bfd1070d2a1561346

Número de Factura: FE-52

Fecha de Emisión: 16/04/2026

Fecha de Vencimiento: 16/04/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PEREZ DAZA LAURA DANIELA

Nombre Comercial: PEREZ DAZA LAURA DANIELA

Nit del Emisor: 1015434657

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8610

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 106 # 51 - 60 AP 403

Teléfono / Móvil: 3192329674

Correo: lauper.sas@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CALLE 9 39 46

Teléfono / Móvil: 6014586800

Correo: facturacionelectronica@subredsuoccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	110011	honorarios mes de abril 2026	NIU	1,00	\$ 17.967.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 17.967.000,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
16/04/2026 20:11:55
Documento validado por la
DIAN:
16/04/2026 20:11:55
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	17967000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	17967000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	17967000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 17967000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	17.967.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	17.967.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	17.967.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 17.967.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764073686913 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-06-25

La empresa **LAURA DANIELA PEREZ DAZA**, identificada con **CC** número **1015434657**, aportó por **LAURA DANIELA PEREZ DAZA** identificado(a) con **CC** número **1015434657** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2026-4 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E D	T A D	T A P	T A P	V S T	V S T	S L N	S L N	I G M	I G M	L A C	L A C	V A P	V A P	V C P	V C P	I R P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	57																		0		30	\$14,160,000	0.12500	\$1,770,000	\$0	\$0	Abril - 2026	82535004	12/05/2026	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57																		0		30	\$14,160,000	0.16000	\$2,265,600	\$70,800	\$70,800	Abril - 2026	82535004	12/05/2026	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																		0		30	\$14,160,000	0.02436	\$345,000	\$0	\$0	Abril - 2026	82535004	12/05/2026	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **18** días del mes **July** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

