

						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:				PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO						
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		52705440	
CORREO ELECTRONICO:				pafa@hotmail.com			CELULAR:		3188763259	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10C10	35	KE10B04	30	KE10D01	35				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550004800297824				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO		149				VIGENCIA		2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP		20004	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:						\$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:						\$48,065,952				
VALOR EJECUTADO						\$31,679,832				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$10,924,080				
VALOR A LIBERAR						\$0				
SALDO POR EJECUTAR						\$16,386,120				
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		
70773170	\$4,369,632	\$546,204		\$699,141		3	\$106,444	\$1,351,789		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.										
AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR 51960113 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. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Atención especializada en ginecología, valoración, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos, garantizando el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad vigente.	Historias clínicas completas y firmadas, registro de procedimientos realizados y planes de manejo documentados.
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 4. Participar en la programación de actividades del área	Registro oportuno en sistema institucional de consultas y procedimientos; participación en programación y organización del servicio.	Reporte estadístico mensual de producción y soportes o actas de participación en reuniones del área.
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 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	Identificación y reporte oportuno de eventos epidemiológicos y fallas de calidad; participación en análisis y aplicación de acciones de mejora.	Reportes de eventos realizados y evidencia de participación en planes de mejoramiento.
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Orientación al equipo asistencial sobre manejo médico y diligenciamiento completo y oportuno de formatos clínicos y administrativos.	Registros en historia clínica y formatos institucionales correctamente diligenciados.
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Explicación del procedimiento, obtención del consentimiento informado y realización de controles clínicos según plan de manejo.	Consentimientos informados firmados y registros de evolución y seguimiento documentados.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Información clara sobre diagnóstico y tratamiento; elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados.	Registro en historia clínica de educación brindada y conceptos médicos emitidos.
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 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	Aplicación de protocolos y guías institucionales; elaboración y entrega del informe mensual al supervisor del contrato.	Evidencia de adherencia a protocolos e informe mensual firmado con certificación de cumplimiento.
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. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Uso adecuado y custodia de equipos asignados; asistencia a capacitaciones, inducciones y reuniones institucionales.	Paz y salvo o acta de entrega (cuando aplique) y listados de asistencia a capacitaciones.
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Aplicación de lineamientos institucionales y apoyo a actividades interinstitucionales cuando sea requerido.	Evidencia de cumplimiento en auditorías y soportes de participación institucional.
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 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	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en procesos investigativos cuando sea convocado o requerido.	Reporte de actividades registradas en plataforma y soporte de participación en investigaciones (cuando aplique en el periodo).
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Supervisión de contratos: No aplica para el periodo evaluado, toda vez que no fue designado como supervisor. Pago mensual de seguridad social y cumplimiento de actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual.	Supervisión: No aplica. Planilla PILA pagada y anexada a la cuenta de cobro. Soportes de actividades ejecutadas durante el periodo.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52705440	PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO		calle 152 a # 13 - 58 apto 302 int 4	6012693215	pafa@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
		70773170	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.472.600	

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	595.000	0		0		0	0	0	0	595.000	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	761.600	0	0	0	0	0	0		761.600	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	116.000				116.000	0	0	116.000			1.160	116.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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	595.000	595.000
Pensión	1	761.600	761.600
Riesgos Laborales	1	116.000	116.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.472.600	1.472.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52705440	PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO		calle 152 a # 13 - 58 apto 302 int 4	6012693215	pafa@hotmail.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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70773170	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.472.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	VST	SLN	ICE	LMA	AVP	AVC	AVG	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52705440	FLOREZ AZUERO PAULA ANDREA	59	0		N																		25-14	4.760.000	30	761.600	0	0	0	0	EPS005	4.760.000	30	595.000	14-11	4.760.000	30	3	116.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO

NIT: 52705440 - 3

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 152 A 13 58 AP 302 TO 4, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6014101230

Email. dra.pafa@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764102667661 válida desde 2025-12-05 hasta 2027-12-05 rango desde FEV301 hasta FEV400

**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**NIT:** 900959048-4**Dirección:** CALLE 9 39 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia**Teléfono:** 7560505**Email:** opshokginecoped@gmail.com**Forma de pago:** Crédito**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria**Fecha de Pago:** 11/05/2026**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** FEV - 332**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 13:17:22**FECHA FIRMADO:** 25/04/2026 13:17:23

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	04	2026	11	05	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	07	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE E.S.E Prestación de Servicios profesionales especializados en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE en el mes de Abril según contrato 149-2026	WSD	120,00	\$91.034,00				\$0,00	\$10.924.080,00

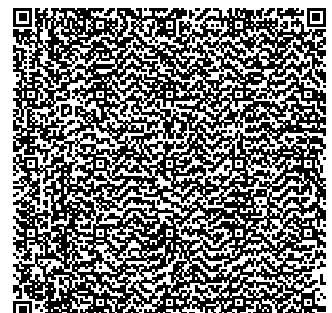
Notas:**SON:** (diez millones novecientos veinticuatro mil ochenta pesos cero centavos)**CUFE:** b511f38c7b400cc7d1f8830616ece93aa4cb23e0b07f1863592d8b0284a8d0e9c0ba4d772a02f961f649d95f927087c

Subtotal:	\$10.924.080,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$10.924.080,00

Realizar transferencia a cuenta de ahorros del banco Davivienda No. 004800297824 A Nombre de Paula Andrea Florez Azuero

Firma Digital: gWf2Tu1hK8/YrU16igDVNVDCIWD9rteE7ZSa54xUi9TvCjLFvskag7C/JwqbNZLi
RaP0RbA8ht4ficDKIj5AzWpml+Y18t2bO0tr7uCqXzKuzdquA4zY0OEFTKlgM2
djYPLWDNpb3rBmP8C2jemaGHHuvHPe03zv5fZuMsM/yke5CvpGWxy7zcYUyb6J
QbpxoP9kV/mN7a+uOzeHXcR6/KFIMkQc+szHBY6GHDBMIWPe/5XCLP4Hvw/7t9jDt
+MWKKGZ6Ubo+vkzqyAzWv3OwsBZePWdaNM2fBPPC5gSILGibP3lq3yFRzboQ7vZ6e
p3Ud+4VFCA8XHcVF+hiyqA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/04/2026 hasta: 30/04/2026.**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..**

Medellin, 27 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO** con documento de identidad **C52705440**, 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
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA