

										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:				Angie Paola Amaya Hurtado											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C		X		C.E		No.		1033733189			
CORREO ELECTRONICO:				apamaya0502@hotmail.com						CELULAR:		7692644			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:										SUBRED					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY						SEDE:		SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%								
		KE10J04	35	KE10J07	35	KE10J09	30								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A						TIPO DE CUENTA:		AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				11347175929						PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO				292				VIGENCIA				2026			
NÚMERO DE CDP		1146		FECHA		2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP		20121		FECHA 2026-05-28 00:00:00.000			
OBJETO DEL CONTRATO:															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL					
						2026-06-01				2026-06-30					
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$18,024,732							
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:										\$111,425,616					
VALOR EJECUTADO										\$92,308,476					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$18,024,732					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$19,117,140					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										83%					
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			
90263317		\$7,428,374		\$928,547		\$1,188,540		3		\$180,955		\$2,298,042			
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.															
RONALD MEZA COLON 91446480 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 médica especializada a recién nacidos en la Unidad Neonatal, valoración clínica, estabilización, formulación de tratamiento y realización de procedimientos propios de la especialidad, garantizando el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad vigente.	Historias clínicas completas y firmadas, registro de evoluciones, órdenes médicas y procedimientos neonatales realizados.
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 ingresos, egresos, evoluciones y procedimientos neonatales; participación en programación y organización de turnos y actividades de la unidad.	Reporte estadístico mensual de producción y soportes de participación en reuniones o programación del servicio.
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 adversos, infecciones asociadas a la atención en salud y demás eventos de vigilancia epidemiológica; participación en análisis de casos y acciones de mejora.	Reportes realizados conforme a lineamientos institucionales 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 de enfermería y personal asistencial sobre manejo del recién nacido hospitalizado; diligenciamiento completo y oportuno de formatos clínicos y administrativos de la unidad neonatal.	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 a padres o acudientes sobre condición clínica del recién nacido y procedimientos requeridos; realización de seguimiento clínico diario y control evolutivo en hospitalización.	Consentimientos informados firmados y registros de evolución clínica diaria 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 y permanente a padres o cuidadores sobre diagnóstico, pronóstico y plan de manejo; elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados.	Registro en historia clínica de información 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 guías neonatales, protocolos de reanimación, manejo de prematuridad y demás lineamientos institucionales; elaboración y entrega de informe mensual.	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 convocada 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 biomédicos asignados (cuando aplique); asistencia a capacitaciones, inducciones, comités perinatales y reuniones institucionales.	Paz y salvo o acta de entrega (cuando aplique) y listados de asistencia a capacitaciones o comités.
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, protocolos de bioseguridad y seguridad del paciente; 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 neonatales 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, salvo designación expresa. 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.

RONALD MEZA COLON
91446480
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033733189	ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO		carrera 56 numero147-58 casa 105	9268951	anpao_0502@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90263317	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$7,428,374	\$2.417.200	

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					
EPS001	ALIANSAUD EPS S.A.	830113831-0	928.600	0		0		0	0	0	0	928.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.188.600	0	0	37.200	37.200	0	0		1.263.000	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	181.000				181.000	0	0	181.000			1.810	181.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	44.600	0	0

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	928.600	928.600
Pensión	1	1.263.000	1.263.000
Riesgos Laborales	1	181.000	181.000
CCF	1	44.600	44.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.417.200	2.417.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033733189	ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO		carrera 56 numero147-58 casa 105	9268951	anpao_0502@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
		90263317	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$7,428,374	\$2.417.200	

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	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAFI	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033733189	AMAYA HURTADO ANGIE PAOLA	57	0			N																231001	7.428.374	30	1.188.600	0	0	37.200	37.200	EPS001	7.428.374	30	928.600	14-11	7.428.374	30	3	181.000	CCF24	7.428.374	30	44.600	0	0	0	0	0

Medellin, 26 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO** con documento de identidad **C1033733189**, 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
2024-10-24	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



682d5461-6618-42b5-ac72-0d6dac1f5085

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO

ha participado y aprobado el Curso Virtual
Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

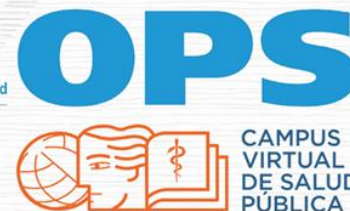
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

20 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=682d5461-6618-42b5-ac72-0d6dac1f5085>

ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO
NIT: 1033733189 - 1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 18 56 04 SUR BRR SAN CARLOS, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3017782152
Email. apamaya0502@hotmail.com
PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN, NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE, NI RETENCIÓN DE ICA
Autorización factura electrónica de venta No: 18764111668053 válida desde 2026-06-24 hasta 2026-12-24 rango desde FE80 hasta FE100
RÉGIMEN SIMPLE

Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT:	900959048
Dirección:	Cl. 9 #39-46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	gerencia@subredoccidente.go.co
Forma de pago:	Contado
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:		FE81																		
MONEDA:		COP Peso colombiano																		
HORA EMISIÓN:		18:56:43																		
FECHA FIRMADO:		26/06/2026 18:56:45																		
<table><tr><th colspan="3">FECHA DE EMISIÓN</th><th colspan="3">FECHA DE VENCIMIENTO</th></tr><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td>26</td><td>06</td><td>2026</td><td>--</td><td>--</td><td>--</td></tr></table>			FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	26	06	2026	--	--	--
FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO																	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO															
26	06	2026	--	--	--															

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Junio 2026	WSD	198,00	\$91.034,00				\$0,00	\$18.024.732,00

Notas:	<table><tr><td>Subtotal:</td><td>\$18.024.732,00</td></tr><tr><td>Cargos:</td><td>\$0,00</td></tr><tr><td>Descuentos:</td><td>\$0,00</td></tr><tr><td>Total:</td><td>\$18.024.732,00</td></tr></table>	Subtotal:	\$18.024.732,00	Cargos:	\$0,00	Descuentos:	\$0,00	Total:	\$18.024.732,00
Subtotal:	\$18.024.732,00								
Cargos:	\$0,00								
Descuentos:	\$0,00								
Total:	\$18.024.732,00								
SON: (dieciocho millones veinticuatro mil setecientos treinta y dos pesos con cero centavos)									
CUFE: 711a5daa95c17e55e665f1a363e7340f8292d1d417a6458a1a84bb4ddcaa2d8c83ab8925b39cf85daec0eba2672ad23b									

RÉGIMEN SIMPLE

Firma Digital: gxXVJzTQzCEHrMMY6m0XdcMpc3qYpUIQFzvxyDprUBExDj/P4GZ1k5zXxlJe2sCL3W7bU05GIDHiwXwGznuoGWZ+nllxgvxzFmtoYnZO5ji5kiobWa32wE6DfL7Wbg2lkhYJU1PaHHMKMsZdD1NLYVRIK07pbR9Wnpw7GD8zjX6e0J/Mod1qL/SVPs4cWz63+Y30KQb7Ub0X52XlcGvmm9af7m8mpwLQzyQVg8RzfBOnwqetwptSF4wdzCyKuF3l9ywR3ljJA84qMO1VAAwXKEusUihPpCFvdf0xiSITPbUM2VUelTcgkjeobRQ7trkyeK8lzbM+ntJ7+cjS4L1KNQ==

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.
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

