

						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:			DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1020715942	
CORREO ELECTRONICO:			dcatavegar@gmail.com			CELULAR:		3182096663	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT MEDICINA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10A10	34	KE10D06	33	KE10D05	33			
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			47484654				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		151				VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP		21910	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
					2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$12,016,488				
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:						\$71,006,520			
VALOR EJECUTADO						\$58,990,032			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$12,016,488			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$12,016,488			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%			
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		
91649585	\$4,806,595	\$600,824		\$769,055	3	\$117,089	\$1,486,968		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de su especialidad	Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de mi especialidad	Historia clinica de cada paciente
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Historia clinica de cada paciente
Llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registro.	Lleve registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registro.	Historia clinica de cada paciente
Participar en la programacion de actividades del area	Participe en la programacion de actividades del area	Historia clinica de cada paciente
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Historia clinica de cada paciente y fichas de notificacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Historia clinica de cada paciente
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Historia clinica de cada paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	Historia clinica de cada paciente
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia clinica de cada paciente
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion	Historia clinica de cada paciente
Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	Informe al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	Historia clinica de cada paciente
Emitir conceptos medicos que se le requieran	Emiti conceptos medicos que se le requieran	Historia clinica de cada paciente
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred	Historia clinica de cada paciente
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarla al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento del contrato	Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarla al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento del contrato	Historia clinica de cada paciente
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a las personas encargadas en caso de terminacion del contrato	Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a las personas encargadas en caso de terminacion del contrato	Historia clinica de cada paciente
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participe en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Historia clinica de cada paciente, registros de cada reunion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	Conoci y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	Historia clinica de cada paciente
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Historia clinica de cada paciente
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	Registre las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	Historia clinica de cada paciente

Participar en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participe en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Historia clínica de cada paciente
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Historia clínica de cada paciente
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Soportes adjuntados
Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	Realice las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	Historia clínica de cada paciente

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
20a8db81d235442af4d38f8dd84360739e70f7701dea6ef77b6b43f6e6361365703d9a2289ed3c1efa5f1dbda9a9024c

Número de Factura: DCVR-114

Fecha de Emisión: 26/06/2026

Fecha de Vencimiento: 26/07/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Transferecia Crédito

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA

Nombre Comercial: VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA

Nit del Emisor: 1020715942

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 122 11 D 71 AP 302 BRR MULTICENTRO

Teléfono / Móvil: 3182096663

Correo: dcatavegar@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

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: CL 9 39 46

Teléfono / Móvil: 5551347

Correo: ginecoobstetriciahok@gmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	HONORARIOS MEDICOS E ESPECIALIZADOS	HUR	132,00	\$ 91.034,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.016.488,00

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN JUNIO DE 2026

Línea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento generado el:
26/06/2026 19:35:57
Documento validado por la
DIAN:
26/06/2026 19:35:57
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	12016488
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12016488
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12016488
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12016488

Valores informativos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	12.016.488,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.016.488,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.016.488,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 12.016.488,00

Valores informativos

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

Numero de Autorización: 18764109422605 Rango desde: 110 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-11-06

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020715942	DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ		Calle 122 # 11 d - 71 APTO 302	6015631273	dcatavegar@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91649585	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.737.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	698.900	0		0		0	6	3.100	0	702.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	894.500	0	0	0	0	6	4.000	0	898.500	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	136.200				136.200	6	600	136.800			1.362	136.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	698.900	702.000
Pensión	1	894.500	898.500
Riesgos Laborales	1	136.200	136.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.729.600	1.737.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020715942	DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ		Calle 122 # 11 d - 71 APTO 302	6015631273	dcatavegar@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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91649585	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.737.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	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 1020715942	VEGA RAMIREZ DIANA CATALINA	59	0			N																230201	5.590.595	30	894.500	0	0	0	0	EPS010	5.590.595	30	698.900	14-11	5.590.595	30	3	136.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1020715942	VEGA	RAMIREZ	DIANA	CATALINA	2026-06	Suramericana	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Suramericana	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

VER CONTRATO

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

9 Incumplimientos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	Cta febrero 2026.pdf	Cta febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	Cta cobro marzo.pdf	Cta cobro marzo.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	Cta cobro abril 2026.pdf	Cta cobro abril 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	Cta cobro mayo 2026.pdf	Cta cobro mayo 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
			Borrar Cargar nuevo	

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



25a8e7c3-61f4-4cf1-b8a4-32d797322bde

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ

ha participado y aprobado el:

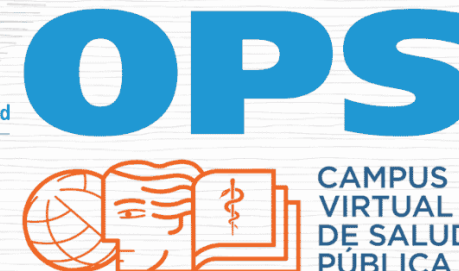
**Curso básico de prevención y control de
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 98,00 %

6 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





76ff1f93-76d6-48c3-8452-4fd1bccde7c0

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

DIANA CATALINA VEGA RAMIREZ

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 %

6 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

