Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MARIA CALDERON MONROY						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001309666	
CORREO ELECTRONICO:	anama.calderon05@gmail.com				CELULAR:	3118629366	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD RENAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J17	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	18093189465				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3741			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1571	FECHA	2026-07-16 14:59:35.000	NÚMERO DE CRP	24618	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$8,141,120				
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:	$29,151,472
VALOR EJECUTADO	$29,120,160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,141,120
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$31,312
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
93162689	$3,256,448	$407,056	$521,032	3	$79,327	$1,007,415

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades y procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, señalados parael 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 historiaclínica delos pacientes 3. Llevar registro de la atención de los procedimientos actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos 4. Reportar eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
5. 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. 6. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 7. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 8. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 9. Practicar el seguimiento y control a pacientes con los que requiera participación, informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la mision institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
10. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 11. Emitir conceptos médicos que se le requieran definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de Realizar las actividades y procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, señalados para el manejo de patologías; establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 12. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 13. Participar en la programación de actividades del área.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
14. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 15. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos porra Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 16. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales y extra institucionales. 17. Participación en las investigaciones que se adelantan en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico e intervención de los usuarios. 18. Entregar la constancia de la afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Recibe y diligencia diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo bajo los parámetros legales éticos y profesionales con los que ha sido contratado.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
19. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamentario Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tengarelación con la ejecución del objeto del presente contrato 20. Conocer y aplicar las políticas institucionales. 21. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación, que sea requerida, según el área a que corresponda. 22. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética institucional y/o Profesional.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la mision institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
23. Pagar sus aportes al Sistema general de SeguridadSocial Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Certificación del pago de la planilla de manera mensual.
24. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 25. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 26. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la mision institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.
27. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación De Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato. 28. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de las situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención medica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión medica. 29. Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutarla actividad contratada e informando a la Subred Surla ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la mision institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica en el sistema Dinámica Gerencial.

Copia Certificada Subred Suroccidente

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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 FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA MARIA CALDERON MONROY

C.C No.1.001.309.666 de BOGOTA D.C.

La suma de: ($8.141.120) OCHO MILLONES CIENTO CUARENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina 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., durante el periodo de **1 al 31 de julio de 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No. 3741-2026.**



C.C No.1.001.309.666 de BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 18093189465

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001309666	ANA MARIA CALDERON MONROY	Carrera 13 # 101-54	3118629366	anama.calderon05@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93162689	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$3,256,448	$1.027.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	407.100	0		0		0	0	0	0	407.100	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	521.100	0	0	0	0	0	0		521.100	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	79.400				79.400	0	0	79.400			794	79.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	19.600	0	0	19.600	1

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	407.100	407.100
Pensión	1	521.100	521.100
Riesgos Laborales	1	79.400	79.400
CCF	1	19.600	19.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.027.200	1.027.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001309666	ANA MARIA CALDERON MONROY	Carrera 13 # 101-54	3118629366	anama.calderon05@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93162689	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$3,256,448	$1.027.200	

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	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	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 1001309666	CALDERON MONROY ANA MARIA	59	0			N																	25-14	3.256.448	30	521.100	0	0	0	0	EPS005	3.256.448	30	407.100	14-11	3.256.448	30	3	79.400	CCF24	3.256.448	30	19.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información