FERNANDA CAMILA NATALIA MURILLO ALARCON
NIT: 1016024989 - 1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: calle 67 80a 39, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3176709336
Email. fernandacmurillo@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764109637297 válida desde 2026-05-14 hasta 2028-05-14 rango desde FE101 hasta FE200

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900959048
Dirección: CALLE 9 # 39 - 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 7560505
Email: lidersedes5@subredsuroccidente.gov.co

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago: 13/08/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FE104**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **14:13:36**
FECHA FIRMADO: **13/08/2026 14:13:37**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	08	2026	13	08	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121600	Honorarios de medico especialista Honorarios de médico especialistaPrestación de servicios:MédicoEspecialista en Medicina Familiar ,en áreade consulta externa SU 43 unidad deservicios de saludkennedy 29,con un total de 186 horas,valor de hora $91.034 pesos durante elperiodo del 1 al31 de agostodel 2026de conformidad con lo establecido encontrato # 1259-2026	HUR	1,00	$16.932.324,00				$0,00	$16.932.324,00

Notas:

SON: (dieciséis millones novecientos treinta y dos mil trescientos veinticuatro pesos con cero centavos)

CUFE: 809c24427135cef991f0623244a26a8393f383ce71a8ac6a2e2fb359437da568c9bfc8d8811a5c3e6cbacea9f17630f4

Subtotal:	$16.932.324,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$16.932.324,00

Firma Digital: KFSvjBfZs7y1gLXD+mcGn3W9FFB64FWaLN99KdwTvaEsQZ4gIvnKHHpr/hNlLJBT
4Q8L0YDSqHDaAkLckfPNc9Ef9zkYBEYVwInSJ7ZIyY1rT4FiBvX95uZdfpEFZWQ6
drxkUSrAdeVCHRYYufTLPnEwDVlYX+h4QYJibJk57l8xYD4OTuTrQJmRkFeS94q3
WZbJzIvr8YqINEDJA+IqDivL6glTUS5N+hglhgdTsMuUasoNf4MQ9bDRJW6ajpAH
+6F1OuDXYXbkiIlep68hEUqrV02eV7kqxFLZtChqbxVzEWCegtefqC1CkBpibM9G
dFgWulHBhsnRMd1+jTxLdg==

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..

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	1016024989	FERNANDA CAMILA NATALIA MURILLO ALARCON	calle 19a 82 65	3176709336	fernandacmurillo@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
		94227288	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.095.400	

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	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	846.700	0		0		0	0	0	0	846.700	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	1.083.700	0	0	0	0	0	0		1.083.700	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	165.000				165.000	0	0	165.000			1.650	165.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	846.700	846.700
Pensión	1	1.083.700	1.083.700
Riesgos Laborales	1	165.000	165.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.095.400	2.095.400

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	1016024989	FERNANDA CAMILA NATALIA MURILLO ALARCON	calle 19a 82 65	3176709336	fernandacmurillo@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
		94227288	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.095.400	

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	Excenvalo	ING	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 1016024989	MURILLO ALARCON FERNANDA CAMILA NATALIA	59	0			N																	25-14	6.773.000	30	1.083.700	0	0	0	0	EPS001	6.773.000	30	846.700	14-25	6.773.000	30	3	165.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	FERNANDA CAMILA NATALIA MURILLO ALARCON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016024989	
CORREO ELECTRONICO:	FERNANDACMURILLO@GMAIL.COM				CELULAR:	3176709336	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS 29 KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU43A41	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	41383420201				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1259			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1572	FECHA	2026-07-16 14:59:04.000	NÚMERO DE CRP	24074	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:			$16,932,324				
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:	$118,526,268
VALOR EJECUTADO	$101,593,944
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,932,324
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16,932,324
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
93359786	$6,772,930	$846,616	$1,083,669	3	$164,989	$2,095,274

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

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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
Realizar la Consulta Externa de medicina familiar según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	Cumplir Adecuadamente con los tiempos y con la totalidad de la Atención de la Consulta Programada. Garantizado un trato humanizado	Cumplir Adecuadamente con los tiempos y con la totalidad de la Atención de la Consulta Programada. Garantizado un trato humanizado
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	Llenar la totalidad de la Historia Clínica, y demás Registros de Forma Oportuna.	Llenar la totalidad de la Historia Clínica, y demás Registros de Forma Oportuna
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Responder oportunamente los planes de mejoramiento, que haya lugar en el desarrollo de mis Actividades	Responder oportunamente los planes de mejoramiento, que haya lugar en el desarrollo de mis Actividades
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	Trabajar en conjunto para cumplir las metas del Área o servicio Asignado.	Trabajar en conjunto para cumplir las metas del Área o servicio Asignado
Realizar la referencia y la contrarreferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización.	prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar Oportunamente Los casos de SIVIGILA. Encontrados dentro de la consulta.	Reportar Oportunamente Los casos de SIVIGILA. Encontrados dentro de la consulta.
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Revisar y poner en práctica las Guías que se Encuentran en Almera	Revisar y poner en práctica las Guías que se Encuentran en Almera
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu también puedes salvar vidas"	En caso de encontrar un suceso de seguridad Reportar Oportunamente	En caso de encontrar un suceso de seguridad Reportar Oportunamente
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Mantener la información documental con responsabilidad	Mantener la información documental con responsabilidad
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Revisar mi agenda y en caso de presentar errores, disponibilidades o no aperturas informar al Líder	Revisar mi agenda y en caso de presentar errores, disponibilidades o no aperturas informar al Líder
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Explicar y realizar el consentimiento informado al paciente cuando asi se requiera de acuerdo al procedimiento	Explicar y realizar el consentimiento informado al paciente cuando asi se requiera de acuerdo al procedimiento
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Ser Responsable de la Custodia de los elementos y actividades que estén bajo mi cargo	Ser Responsable de la Custodia de los elementos y actividades que estén bajo mi cargo
Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc	Adjuntar la planilla d seguridad social	Adjuntar la planilla d seguridad social
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. 20. Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	Informar Oportunamente al Lider en caso de presentarse caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta	Informar Oportunamente al Lider en caso de presentarse caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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