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:	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	30	KE10J09	35			
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	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000	NÚMERO DE CRP	25431	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:			$18,570,936				
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:	$129,996,552
VALOR EJECUTADO	$110,879,412
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$18,570,936
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$19,117,140
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	85%

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
93386792	$7,209,893	$901,237	$1,153,583	3	$175,633	$2,230,452

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

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 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 prematurez 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 convoca 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.

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93386792	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	ALIANSALUD 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	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.600	0	0	44.600	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	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

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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93386792	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Excenvado	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 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

PAGADA

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

ARL

Medellin, 27 de julio 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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		
☐	02.Cto 292-2026 Febrero-Angie Amaya.pdf	02.Cto 292-2026 Febrero-Angie Amaya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03.Cto 292-2026 Marzo-Angie Amaya.pdf	03.Cto 292-2026 Marzo-Angie Amaya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04.Cto 292-2026 Abril-Angie Amaya.pdf	04.Cto 292-2026 Abril-Angie Amaya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05.Cto 292-2026 Mayo-Angie Amaya.pdf	05.Cto 292-2026 Mayo-Angie Amaya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06.Cto 292-2026 Junio-Angie Amaya.pdf	06.Cto 292-2026 Junio-Angie Amaya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

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

Certifica que:

ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO

CC ***1033733189***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Ejes de Acreditación

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 21 de julio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

eba2142e-a848-4345-bcfb-0522bb791130

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO

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: 96,00 %

16 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=eba2142e-a848-4345-bcfb-0522bb791130

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: **FE82**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **18:41:30**
FECHA FIRMADO: **27/07/2026 18:41:31**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
27	07	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Julio 2026	WSD	204,00	$91.034,00				$0,00	$18.570.936,00

Notas:

SON: (dieciocho millones quinientos setenta mil novecientos treinta y seis pesos con cero centavos)

CUFE: c62efde0560dbbcd7d5c5d32ae9ffb892309e01da90099c43605e1aaffc9aee0665d0fe20579217191aabf955dae7e44

Subtotal:	$18.570.936,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$18.570.936,00

RÉGIMEN SIMPLE

Firma Digital: nwHFnVoRhOosIsZJ9aQ3vEOLmF/09VdKvLF1vp3EMJBIwhh3rTaNrXQYc0QDFNMD
amJOIf/tKInHl2dy2m01GlJ1MgdSVCwNlp41lQFqXr8eg9CN3LyyzcabrEW4KV+p
sqtIhhodo5YesaSjkVXF8gNlEiWQIEk+ba+TqNLj+w2G7MNszjqXUyA8g3XoR2YE
bW+N/joOfYO+yduxeVFOwZdcGU8AjHuT5UDdnV2cotC1aKBN+LeogjZSHXJxzUn7
ylEcHyT/TRtfx8Y/r861bVYiW0nku/yO85fHjadhbUuI8FJ9HdC0c3D3ya3O+Gak
3qZLVAh42I2m0hwSL4dQuQ==

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..