| 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 campo | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 29540231 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | anacampo_4@hotmail.com | | | | CELULAR: | 313 3797988 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL SALUD ORAL - P y D USS LA ESTACIÓN | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | PA29E06 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20055654993 | | | | PENSIONADO | SI | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 652 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1862 | FECHA | 2025-09-17 10:34:18.000 | NÚMERO DE CRP | 39310 | FECHA | 2025-09-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,925,844 | | | | | | |
| 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: | $17,332,596 |
| VALOR EJECUTADO | $15,406,752 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,925,844 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,925,844 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9490731389 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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.Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas. | ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA |
| 1.Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | 1.Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas. | ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA |
| "2. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. " | "2. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. " | FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA |
| 3. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | 3. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| "4. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | "4. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| "5. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. " | "5. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. " | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO |
| "6. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | "6. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION |
| "7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. " | "7. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. " | ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION |
| "8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. " | "8. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. " | FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA |
| 9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | 9. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| 10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 10. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER |
| 11. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución: | 11. Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución: | FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA |
| 12. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana. protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. | 12. Desarrollo o apoyo la realización de actividades de detección temprana. protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| 13. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 13. Realizo las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION |

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 Controlada Subred Sin Movimiento

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE**

**C.C 29540231 Guacarí valle del cauca**

$ 1.925.844 por concepto de: Servicios prestados como auxiliar de odontología, durante el periodo de 01 de Septiembre 2025 a 30 de Septiembre 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 652-2025

**ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE**

**C.C 29540231 Guacarí**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO** 20055654993

Powered by CamScanner

Medellín, 28 de septiembre de 2025

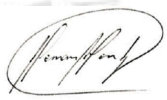
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANA JUDIBIA CAMPO LATORRE identificado(a) con C29540231 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C2954023125271375 60

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 29540231 | | CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 114 145-56 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3783923 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 25299963 | 9490731389 | I | 2025/09/08 | 2025/09/09 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $213,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 29540231 | CAMPO ANA | | 0 | $0 | $0 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 29540231 | | CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 114 145-56 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3783923 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 25299963 | 9490731389 | I | 2025/09/08 | 2025/09/09 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $213,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $200 | $0 | $178,200 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $200 | $0 | $178,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $212,700 | $300 | $0 | $213,000 |

Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Contratopara Secop de Febrero25 Ana Campo.pdf | Contratopara Secop de Febrero25 Ana Campo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Contrato Marzo2025 de Ana Campo.pdf | Contrato Marzo2025 de Ana Campo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL ANITA 2025.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL ANITA 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Contrato de Mayo 2025.pdf | Contrato de Mayo 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ANA JUNIO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO ANA JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DECOBRO ANA AGOSTO 2025.pdf | CUENTA DECOBRO ANA AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO**
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

**ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **29.540.231** se le aprobó la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** a partir del 01 de Septiembre de 2023 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado.

La presente certificación se expide el 17 de junio de 2024.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

***Tenga en cuenta:***

*En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).*

*La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.*