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 ODONTOLOGÍA GENERAL USS LA ESTACIÓN				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA29E01	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	2156	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	47537	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-10-01		2025-10-31			
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	$17,332,596
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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
9492125694	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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.Apoyar a los pacientes en sus necesidades basicas	ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA
1.Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	"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
"2. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. "	3. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
3. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	"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
"4. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. "	"5. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y entrego 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. "
"5. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. "	"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
"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. "	"7. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. "	ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION
"7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. "	"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
"8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. "	9. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	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
10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	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
11. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de 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
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.	13. Realizo las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION
13. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	"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

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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

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 octubre 2025 a 31 de octubre 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

6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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		
☐	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
☐	Documentos del mes de septiembre 2925 para Secop de Ana Campo.pdf	Documentos del mes de septiembre 2925 para Secop de Ana Campo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

13°C Mayorm. soleado
Búsqueda
ESP LAA
11:52 p. m. 27/10/2025

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

WMd03lusLu

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

Certifica que:

ANA LUDIBIA campo latorre

Identificado con:

29540231

Participó y aprobó

El Curso virtual de Reinducción Institucional Subred Suroccidente - OPS 2025 con una Intensidad de 4 Horas.

Lorena Colmenares G.

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano

19 de October de 2025

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años