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	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53495	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
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:	$19,258,440
VALOR EJECUTADO	$19,258,440
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
9493598199	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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. "	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
"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.	"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

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 Noviembre 2025 a 30 de Noviembre 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

7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

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		
☐	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
☐	Para Secop mes de Octubre 2025 Ana Campo.pdf	Para Secop mes de Octubre 2025 Ana Campo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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
2025-10	2025-10	33305270	9493598199	I	2025/11/11	2025/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$212,700

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

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
2025-10	2025-10	33305270	9493598199	I	2025/11/11	2025/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$212,700

RESUMEN DE PAGO

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

Medellín, 26 de noviembre 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:C295402312533078898

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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 con una mesada pensional por $1,423,500.00.

La presente certificación se expide el 06 de noviembre de 2025.

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.