

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Diana Marcela Chaparro Pelayo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1024580029
CORREO ELECTRONICO:			zrtamp@gmail.com			CELULAR:		3106874339
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ADM FACTURACION -AUTORIZACIONES Y ADMISIONES USS 68 BRITALIA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU54R23	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550006100966115				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4894				VIGENCIA		2025
NÚMERO DE CDP	250	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	4997	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-01-01			2026-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,972,530				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		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:						\$11,153,602		
VALOR EJECUTADO						\$11,153,602		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,972,530		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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		
92622446	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 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		

SURESOC-2025

Dashboard

perfil

Datos Personales

Cuenta de Cobro

Reportes OPS

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar Base Poblacional

Administrativa

Asistencial

Diana Marcela Chaparro Pelayo

APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA

Contrato Actual: 2581-2025

3106874339 zrtamp@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Nº. de documento
1024580029

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

Nº. de cuenta
550006100966115

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 26/02/2026.

RELACION DE CUENTAS 292500

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
292500	2581	2026-02-01 / 2026-02-28	\$2,347,320	\$2,347,320	25	\$7,041,960	Presentada SV.	
288834	4894	2026-01-01 / 2026-01-31	\$11,153,602	\$1,972,530	100	50	APROBADA	
282612	4894	2025-12-01 / 2025-12-31	\$11,133,602	\$1,972,530	100	50	APROBADA	
279614	4894	2025-11-01 / 2025-11-30	\$11,153,602	\$1,771,035	100	50	APROBADA	
274636	4894	2025-09-04 / 2025-09-15	\$5,667,601	\$540,855	100	50	APROBADA	

Filas por página: 1 - 5 de 30

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MARCELA CHAPARRO PELAYO

C.C. 1024580029 DE BOGOTA

La suma de dos millones trescientos cuarenta y siete mil trescientos veinte m/cte. 2.347.320, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS a la Gestión Administrativa y/o Asistencial a el área de Facturacion de la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E. como facturador Consulta Externa, durante el periodo de 01 al 28 enero de 2.026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2581-2026



DIANA MARCELA CHAPARRO PELAYO

C.C. 1024580029 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550006100966115