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:	Sandra Liliana Beltran Acosta								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53120452			
CORREO ELECTRONICO:	salilibelt@hotmail.com				CELULAR:	3134874830			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PERINATOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10I15	80	KE10L04	20					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6181166478						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	162			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	10859	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA PERINATOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-01		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,373,600				
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:	$57,494,400
VALOR EJECUTADO	$28,747,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,373,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$28,747,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
48051599	$5,749,440	$718,680	$919,910	3	$140,056	$1,778,647

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

PEDRO JOSE LOZANO DIAZ
79483427
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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Atención especializada, valoración, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos.	Registro de procedimientos realizados y planes de manejo documentados en la historia clínica.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Garantizar el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad legal y ética vigente.	Historias clínicas con diligenciamiento correcto, completas y firmadas, salvaguardando la confidencialidad.
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.	Registro oportuno en sistema institucional de consultas y procedimientos.	Reporte estadístico en los sistemas informáticos correspondientes.
Participar en la programación de actividades del área.	Participación en las actividades, reuniones programadas por el servicio para capacitación y actualización.	Soportes o actas de participación en reuniones y capacitaciones que realiza el servicio y el hospital.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Identificación y reporte oportuno de eventos epidemiológicos.	Reportes oportunos de eventos de notificación obligatoria.
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 fallas de calidad; participación en análisis y aplicación de acciones de mejora.	Participación en los análisis e implementación de planes de mejoramiento.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Orientación al equipo de trabajo sobre el manejo médico y los procedimientos indicados.	Comunicación efectiva de las instrucciones asegurando que el equipo de salud conozca los procedimientos ordenados.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento completo, correcto y oportuno de formatos o instrumentos clínicos y administrativos.	Registros en historia clínica y formatos institucionales completa y correctamente diligenciados.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Explicación del procedimiento, obtención del consentimiento informado.	Consentimientos informados diligenciados de forma completa y firmados.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realización del seguimiento y controles según lo requiera.	Registros de evolución y seguimiento documentados.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Información clara y oportuna al paciente y familia sobre diagnóstico, hallazgos y tratamiento.	Registro en historia clínica de la información y educación brindada.
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados.	Registro en historia clínica de los conceptos médicos emitidos.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicación de protocolos y guías institucionales para el cumplimiento normativo.	Evidencia de adherencia a las normas según requerimientos de la Subred.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboración y entrega del informe mensual al supervisor del contrato.	Informe mensual firmado con certificación de cumplimiento.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Uso adecuado y custodia de equipos asignados.	Paz y salvo o acta de entrega según corresponda.
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.	Asistencia a eventos institucionales convocados.	Diligenciar listados o verificación de asistencia a eventos institucionales.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Cumplimiento y aplicación de lineamientos institucionales establecidos por la Subred.	Evidencia de cumplimiento en el desempeño diario y en las auditorías.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Apoyo en actividades interinstitucionales cuando sea requerido.	Participación institucional.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional.	Reporte de actividades registradas en la plataforma de la Subred.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participación en procesos y proyectos de investigación en la Subred.	Evidencia de participación en investigaciones.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica para el cargo asignado, al no desempeñarse como supervisor.	No aplica Supervisión.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Pago mensual de seguridad social y solicitud de constancia de afiliación.	Certificado de planilla pagada y constancia de afiliación anexadas a la cuenta de cobro.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cumplimiento de actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual.	Soportes de actividades ejecutadas durante el periodo.

Copia Controlada Subred Suroccidente

PEDRO JOSE LOZANO DIAZ
79483427
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	53120452	SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA	CALLE 18 N 14-63	3134874830	salilibelt@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
		48051599	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$1.778.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	718.700	0		0		0	0	0	0	718.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	920.000	0	0	0	0	0	0		920.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	140.100				140.100	0	0	140.100			1.401	140.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	718.700	718.700
Pensión	1	920.000	920.000
Riesgos Laborales	1	140.100	140.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.778.800	1.778.800

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	53120452	SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA	CALLE 18 N 14-63	3134874830	salilibelt@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
		48051599	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$1.778.800	

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	Exonerado	ING	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 53120452	BELTRAN ACOSTA SANDRA LILIANA	59	0			N																	25-14	5.749.440	30	920.000	0	0	0	0	EPS005	5.749.440	30	718.700	14-25	5.749.440	30	3	140.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MATERNO FETAL
CIRUGÍA FETAL
MÉDICA
GINECOBSTETRICIA

SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA

NIT: 53120452
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 18 14 63, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3134874830
Email. salilibelt@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764097235012 válida desde 2025-08-19 hasta 2027-08-19 rango desde FMF96 hasta FMF120
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/03/2026 hasta: 31/03/2026.

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900959048-4
Dirección: Cll 9 # 39 - 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 5717560505
Email: opshokginecoped@gmail.com

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA FMF103
MONEDA: COP Peso colombiano
HORA EMISIÓN: 19:22:46-05:00
FECHA FIRMADO: 16/03/2026 14:22:47

FECHA DE EMISIÓN:			FECHA DE VENCIMIENTO:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
16	03	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SMKP	Especialista Perinatología Especialista Perinatología (HOSPITAL KENNEDY)	WSD	120,0	$119.780,0				$00.0	$14.373.600,00

Notas:

SON: (catorce millones trescientos setenta y tres mil seiscientos pesos cero centavos)

CUFE: de8b15c4cbf8d3d671683a7dcfae4e48b88886791fb7bbb67a1c7ee5fdf2d4c8000b38d825b8b051fc68e6cd8539f773

Subtotal:	$14.373.600,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$14.373.600,00

Firma Digital: bl1tuLBax1WJym4RE1unxyYk8w7+YSRhX3Tt7FEFHJS73tEK7lKnnL7JcBFcsTgt
gTqQACzPAQeSUl9b7GAZkOTBhq/m1/+ne0Wz4KDOt9x0NMXXf+N7VNslv0mH5JFO
blBrnzgpxyYxr510V3qz4hXo2w7mw2FMTnHEsSl9RheJohEm99DaL8teIs+no84S
vDJdNPTHQh1cRorTBm2w7DUuvX9A5JIfd+Fmq4PB6O2BBdkxUvl8S16HVsUsK4b7
Tb7QJ7uDcsbN9MNeBzJnR82C2Y4jqi2MNUv+XI2Hs553+1hZ9ODCMc8hjnF54pyE
hX3P8KgfKDjFoxeJ6aoH+w==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/03/2026 hasta: 31/03/2026
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.