NIDIA MERCEDES OSPINA ESPITIA
NIT: 52455839 - 4
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 21 122 66 AP 602, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108034538
Email. nmoe23@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764103102176 válida desde 2025-12-15 hasta 2026-06-15 rango desde FE12 hasta FE1000

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900959048
Dirección: CL 9 39 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6017560505
Email: lidersedes5@subredsuroccidente.gov.co

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago: 15/05/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: **FE18**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **09:44:10**
FECHA FIRMADO: **15/05/2026 09:44:12**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	05	2026	15	05	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	HONORARIOS MEDICO ESPECIALISTA Honorarios medico especialistaen pediatríaPrestación de serviciosen área de consulta externaSU 43 CM unidad de servicios de saludKennedy29 ,total de 93horasValor de la hora $91.034periodo del 1 al 31 mayo2026de conformidad con el contrato Número 1468-2026valor8.466.162	1I	1,00	$8.466.162,00				$0,00	$8.466.162,00

Notas:

SON: (ocho millones cuatrocientos sesenta y seis mil ciento sesenta y dos pesos cero centavos)

CUFE: 8dbc16f67dcd254690fc544ae23dd3e5920cf6cef4c8d5aa7e19b2adcdc995ca139e2e8054dee57aacb9d5765f71e95b

Subtotal:	$8.466.162,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$8.466.162,00

Firma Digital: CD3TKnRr8HUE0IomslGqq8xas5KKPqA4HgBQf+KZP++PFAZATHnkK+7VIocb7TXa
z224/KgNQgxgi0XsxGhUI2f96L2JFXyza6PkSQ7CWPh8nGoH1JghpSkDPXV9mwm5
uFIC6r67Sgd+1NHShw7rIP3CDZoGYmreUG73mqppTnheizu4cKr3XM4AV4vyt8hi
OrJENgyvV5kDUbxDhedYgL1RSkbFkZA7sNaS7EVuv6e+5SW6rFzq31FmIpxYONfu
mZ+6O2nHH3TgUsgoUVf21pSFDL2Gz3lOnV+2FioT2dgwnPj3KxL10H18eGo2jCZt
dmNKgoNqeikQ/P4sLnDdDA==

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.

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

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	52455839	\IDIA MERCEDES OSPINA ESPITIA	CARRERA 22 # 120-52 APTO 601	3158332743	nmoe23@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
		78120281	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.082.800	

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	437.500	0		0		0	0	0	0	437.500	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	560.000	0	0	0	0	0	0		560.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	85.300				85.300	0	0	85.300			853	85.300	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	437.500	437.500
Pensión	1	560.000	560.000
Riesgos Laborales	1	85.300	85.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.082.800	1.082.800

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	52455839	NIDIA MERCEDES OSPINA ESPITIA	CARRERA 22 # 120-52 APTO 601	3158332743	nmoe23@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
		78120281	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.082.800	

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	Excenuado	IND	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 52455839	OSPINA ESPITIA NIDIA MERCEDES	59	0			N																	25-14	3.500.000	30	560.000	0	0	0	0	EPS005	3.500.000	30	437.500	14-11	3.500.000	30	3	85.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	nidia mercedes ospina espitia						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52455839	
CORREO ELECTRONICO:	dranydiaospina@gmail.com				CELULAR:	3108034538	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PEDIATRÍA USS 29 KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU43A26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550399900006913				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1468			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	12067	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-04-01		2026-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$8,466,162						
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:	$33,864,648
VALOR EJECUTADO	$25,398,486
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,466,162
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,466,162
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
75122536	$3,386,465	$423,308	$541,834	3	$82,494	$1,047,637

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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 la Consulta Externa de pediatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de forma oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	Cumplir Adecuadamente con los tiempos y con la totalidad de la Atención de la Consulta Programada. Garantizado un trato humanizado	Cumplir Adecuadamente con los tiempos y con la totalidad de la Atención de la Consulta Programada. Garantizado un trato humanizado
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y auto gestión en las actividades desarrolladas. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Realizar planes de mejora, y autoevaluacion a las actividades que me sean solicitadas	Realizar planes de mejora, y autoevaluacion a las actividades que me sean solicitadas
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	Trabajar en conjunto para cumplir las metas del Área o servicio Asignado	Trabajar en conjunto para cumplir las metas del Área o servicio Asignado
Realizar la referencia y la contrarreferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicar la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización.	prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Reportar Oportunamente Los casos de SIVIGILA. Encontrados dentro de la consulta.	Reportar Oportunamente Los casos de SIVIGILA. Encontrados dentro de la consulta
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tú también puedes salvar vidas".Informar de manera periódica sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas. Asistir y participar activamente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute	En caso de encontrar un suceso de seguridad Reportar Oportunamente.	En caso de encontrar un suceso de seguridad Reportar Oportunamente.
Garantizar la custodia de la información y gestión de la documentación de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Mantener la información documental con responsabilidad.	Mantener la información documental con responsabilidad.
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor del estado de la ejecución de los servicios programados. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Revisar mi agenda y en caso de presentar errores, disponibilidades o no aperturas informar al Líder	Revisar mi agenda y en caso de presentar errores, disponibilidades o no aperturas informar al Líder
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Explicar y realizar el consentimiento informado al paciente cuando asi se requiera de acuerdo al procedimiento	Explicar y realizar el consentimiento informado al paciente cuando asi se requiera de acuerdo al procedimiento
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlas a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Ser Responsable con los elementos entregados, cuidarlos y entregarlos en Buen estado cuando se termine el contrato	Ser Responsable con los elementos entregados, cuidarlos y entregarlos en Buen estado cuando se termine el contrato
Participación en las diferentes reuniones técnicas en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de intervención de los usuarios.	Participar en las reuniones y capacitaciones de actualizacion de temas de Intereses	Participar en las reuniones y capacitaciones de actualizacion de temas de Intereses
Adjuntar la documentación de afiliación y pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Adjuntar la planilla d seguridad social	Adjuntar la planilla d seguridad social
Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quítate la bata" en el contexto de seguridad del paciente	portar adecuadamente la bata	portar adecuadamente la bata

Copia Certificada
Subred Suroccidente

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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