

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
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 SALUD ORAL - P y D USS LA ESTACIÓN		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA29E06	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	1215			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11822	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2,311,050

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:	\$9,244,200
VALOR EJECUTADO	\$6,933,150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,311,050
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,311,050
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
9501886889	\$924,420	\$115,553	\$147,907	3	\$22,519	\$285,979

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	1. Apoyo al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas "	"2. Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas "	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3. Diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	4. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	5. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	6. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
7. 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. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ACTAS CENTRO DE SALUD
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	9. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	10. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
V11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	11. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	12. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
13. Entregar a constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	13. Entrego constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	14. Realizo las demás actividades que me sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informo al supervisor del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	16. Participo activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	ACTAS CENTRO DE SALUD

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

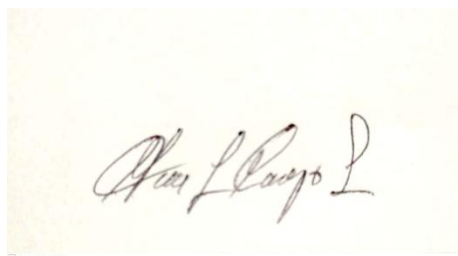
Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**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 DE GUACARI VALLE DEL CAUCA**

La suma de \$2.311.050, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar Salud oral) en la unidad ( CENTRO DE SALUD ESTACION) durante el periodo del 1 a 30 de abril de Marzo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1215 de 2026.

A rectangular area containing a handwritten signature in black ink. The signature is cursive and appears to read 'Ana Ludivia Campo Latorre'. The background is a light, slightly textured yellowish-white.

**ANA LUDIVIA CAMPO LATORRE**  
**C.C 29540231 DE GUACARI VALLE DEL CAUCA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 20055654993**

Medellín, 27 de abril de 2026

**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.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C295402312611780967

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
2026-03	2026-03	32110637	9501886889	I	2026/04/10	2026/04/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$261,600

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)						\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0
1	CC 29540231	CAMPO ANA			0	\$0	\$0	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0

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
2026-03	2026-03	32110637	9501886889	I	2026/04/10	2026/04/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$261,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$261,600</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$261,600</b>	

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO ANA FEBRERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO ANA FEBRERO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO ANA MARZO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO ANA MARZO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

**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 \$1,750,905.00.

La presente certificación se expide el 25 de febrero de 2026.

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.*