

						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:				alexandra espitia supelano					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		39656703
CORREO ELECTRONICO:				alexandraespitia037@gmail.com			CELULAR:		3195843879
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10J02	50	KE10J04	25	KE10B03	25			
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				570456070038298				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		359				VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP	18845	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
					2026-04-01			2026-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,489,400				
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:						\$10,289,520			
VALOR EJECUTADO						\$7,662,240			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,489,400			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$2,627,280			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						74%			
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	
1081195349	\$995,760	\$124,470		\$159,322		3	\$24,257	\$308,048	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA 52055407 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 la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral."	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral	Concertación de actividades Mensuales por supervisor del contrato
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumpla con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Realizar de forma adecuada el proceso de limpieza y desinfección de forma clara y oportuna
3) 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	Llevo 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	Registros diario de los procedimientos realizados de limpieza y desinfección en los formatos establecidos para este fin
4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido
5) Participar en la programación de las actividades del área.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar eventos notificados por infecciones
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notifico 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	Reporte de fallas en los equipos a el personal de rehabilitación
7) 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.	Notifico 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	Reporte de fallas en los equipos a el personal de rehabilitación
8) Impartir instrucciones al personal a cargo	No aplica	No aplica
"9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. "	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Registro en formatos de limpieza y desinfección de terapia respiratoria
10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	No aplica	No aplica
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	No aplica	No aplica
"12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. "	No aplica	No aplica
13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	Atención y trato humanizado con el equipo de trabajo
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Realizo acompañamiento en actividades relacionadas con calidad
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se realiza registro de las actividades realizadas de forma diaria
"16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. "	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Registro de uso de elementos de protección personal y cuidado de equipos biomédicos
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se realiza EAC mes de abril, asegurate mes de marzo
" 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. "	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplimiento de los procesos de limpieza y desinfección de acuerdo a los protocolos institucionales
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Se realiza este apoyo de acuerdo a las necesidades del servicio
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro en documentación de la subred mis actividades realizadas

" 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado "	No aplica	No aplica
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego constancia de afiliación a seguridad social y adres del mes y soporte de ARL
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	De acuerdo a las necesidades del servicio

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 Sueroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

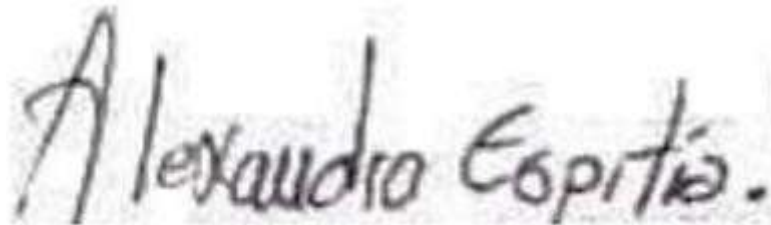
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE
E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBEA:

ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO

C.C. 39656703 de BOGOTA

La suma de \$ 2.489.400 (Dos millones cuatrocientos ochenta y nueve mil cuatrocientos pesos ML) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de REHABILITACION DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY. De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 359-2026.

A handwritten signature in dark ink, reading "Alexandra Espitia." with a period at the end. The signature is written in a cursive, flowing style.

ALEXANDRAESPITIA SUPELANO

C.C.39.656.703 de BOGOTA

Cel: 3195843879

CUENTA DEAHORROS#570456070038298

Banco DAVIVIENDA



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-13, 04:08:19 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: marzo de 2026

Período Servicio: marzo de 2026

Referencia pago (PIN): 8824057489

Numéro Planilla: 1081195349

PAGADO 10/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO
Documento	CC39656703
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	VAF	VCF	Dias AFP	Dias AFP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total					
CC 39656703	ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO	59	00	R													0	30	30	26	0	(232031)	PROTECCION	(EPS017)	FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 1.750.905	2.436	\$ 1.634.178	\$ 39.900				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 539.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1,750,905	\$ 1,750,905	\$ 1,634,178	\$ 0	\$ 280,200	\$ 218,900	\$ 39,900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 539,000	\$ 2,700	\$ 541,700

Medellín, 28 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 ALEXANDRA ESPITIA SUPLEANO identificado(a) con C39656703 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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C396567032611881565

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	39656703	ESPITIA	SUPELANO	ALEXANDRA		2026-03	Famisanar	COTIZANTE
CC	39656703	ESPITIA	SUPELANO	ALEXANDRA		2019-07	Famisanar	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Famisanar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

...

148 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial

Piso 16

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60
Línea gratuita nacional 01 8000 423 737
Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

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	
☐	CUENTA FEBRERO_merged.pdf	CUENTA FEBRERO_merged.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA MARZO_merged.pdf	CUENTA MARZO_merged.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
				BorrarCargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

forms.cloud.microsoft

SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)

* Obligatorio

Datos personales

Por favor diligencie la siguiente información

5. Tipo de identificación *

Seleccione su tipo de identificación

Cédula de ciudadanía

6. Número de identificación *

A continuación digite su número de identificación

39656703

7. Nombre completo *

por favor escribir primero nombres luego apellidos

Alexandra espitia supelano

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR

Alexandra espitia supelano

NÚMERO DE CÉDULA

39656703

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES

Hospital de Bosa

SERVICIO

Terapia respiratoria

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE
MANOS

SELECCIONAR

POS TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR

Alexandra espitia supelano

NÚMERO DE CÉDULA

39656703

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES

Hospital de Bosa

SERVICIO

Terapia respiratoria

EAC REHABILITACION ABRIL 2026

Total de puntos **12/12** ?

Correo electrónico *

alexandraespitia037@gmail.com

☒ POSTEST

NOMBRES Y APELLID

Alexandra espitia

