

					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:			Olman Alonso Anzola Galindo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80873657
CORREO ELECTRONICO:			olman10anzola@gmail.com			CELULAR:		3142842751
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			COLECTOR ANESTESIA HOSPITALARIA BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO35H01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			47746979				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		800			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20393	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$11,520,000				
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:						\$72,000,000		
VALOR EJECUTADO						\$48,960,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$11,520,000		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$23,040,000		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						68%		
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		
92865979	\$3,456,000	\$432,000	\$552,960	3	\$84,188	\$1,069,148		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
jose miguel peralta zabaleta 17956572 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
Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. Cumpló con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes Llevo el 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	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad Cumpló con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes Llevo el 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	cuando se requiera
Participo en la programación de actividades del área. Reporto 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. Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Participo en la programación de actividades del área. Reporto 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. Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	cuando se requiera
Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	cuando se requiera
Emito conceptos médicos que se le requieran. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Emito conceptos médicos que se le requieran. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	cuando se requiera
Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	cuando se requiera

Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	cuando se requiera
jose miguel peralta zabaleta 17956572 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		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80873657	OLMAN ALONSO ANZOLA GALINDO		TV 53D 129 94	3105733213	Olman10anzola@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92865979	24/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.075.600	

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	432.000	0		0		0	8	2.600	0	434.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	553.000	0	0	0	0	8	3.300	0	556.300	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	84.200				84.200	8	500	84.700			842	84.700	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	432.000	434.600
Pensión	1	553.000	556.300
Riesgos Laborales	1	84.200	84.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.069.200	1.075.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80873657	OLMAN ALONSO ANZOLA GALINDO		TV 53D 129 94	3105733213	Oلمان10anzola@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92865979	24/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.075.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	UPP	UPP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 80873657	ANZOLA GALINDO OLMAN ALONSO	57	0			N																230301	3.456.000	30	553.000	0	0	0	0	EPS005	3.456.000	30	432.000	14-11	3.456.000	30	3	84.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0



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

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	80873657	ANZOLA	GALINDO	OLMAN	ALONSO	2023-05	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	80873657	ANZOLA	GALINDO	OLMAN	ALONSO	2023-03	Nueva Eps	BENEFICIARIO
CC	80873657	ANZOLA	GALINDO	OLMAN	ALONSO	2026-04	Sanitas	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2025	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización



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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2023	9	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2023	8	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	04/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2020	29	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2020	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2019	17	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	07/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2017	19	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2016	25	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización



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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	05/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo "Observación *" denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

ASEGURATE MAYO

Se ha registrado tu respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA



RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

SERVICIO



Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b838db38d2105e4116d53f1241ff8d4ac18ec3a6953e4d81dafbb2ee805a313ce2e539bb5d9c8c1014b4e77b1d6877a5

Número de Factura: FACT-11

Fecha de Emisión: 22/06/2026

Fecha de Vencimiento: 22/06/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ANZOLA GALINDO OLMAN ALONSO

Nombre Comercial: ANZOLA GALINDO OLMAN ALONSO

Nit del Emisor: 80873657

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: TV 53 D 129 94

Teléfono / Móvil: 3142842751

Correo: olman10anzola@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: Calle 000

Teléfono / Móvil: 00000000

Correo: lidersedes16@subredsuoccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	005	Servicios profesionales como anestesiologo	NIU	96,00	\$ 120.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 11.520.000,00

Notas Finales

Línea de negocio: honorarios Hospital de Bosa mes de Junio 2026

Datos Totales



Documento generado el:
22/06/2026 20:39:42
Documento validado por la
DIAN:
22/06/2026 20:39:42
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	11520000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11520000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	11520000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11520000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.520.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.520.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.520.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11.520.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764107623553 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2028-03-25



ff6a052a-ee6c-4722-86c8-f79913f9004c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

olman anzola

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

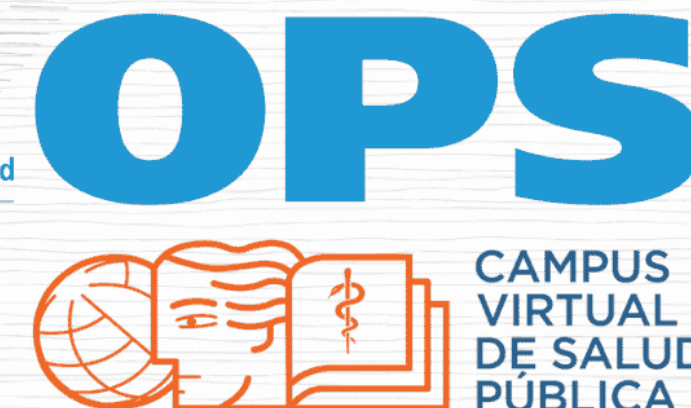
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 73,17 %

18 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Inscripción al curso

La inscripción al curso se hace mediante este formulario, el estudiante debe diligenciar con los datos necesarios.

[Formulario](#)

Cofirmación de inscripción

A los profesionales que se inscriban, les será remitida la información de ingreso al campus virtual mediante vía correo electrónico durante los próximos **5 días hábiles**

Instituto Nacional de Cancerología

Sede principal

Dirección: Calle 1 No. 9 - 85 Bogotá DC,
Colombia

Código postal: 111511-110411001

Horario de atención: Lunes a Viernes de 7:00 a.m.
a 4:00 p.m. en jornada continua

Teléfono conmutador: (601) 481 70 00

8:09

5G

< 19



Bosa Julieth Lady

para ver la info. del conta



formulario, el estudiante debe diligenciar con los datos necesarios.

Formulario

Cofirmación de inscripción

A los profesionales que se inscriban, les será remitida la información de ingreso al campus virtual mediante vía correo electrónico durante los próximos **5 días hábiles**

Instituto Nacional de Cancerología

Sede principal

9:17 a. m. ✓✓

No da tiempo para presentar la factura

9:17 a. m. ✓✓

Desde el viernes me inscribí y no habí recibido ningún correo

9:20 a. m. ✓✓

mi dr enviar ese pantallazo en la cuenta de cobro, y para el proximo mes lo anexas

9:29 a. m.

Gracias

9:29 a. m. ✓✓

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		
☐	Olman Anzola enero 2026.pdf	Olman Anzola enero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Olman Anzola Febrero 2026.pdf	Olman Anzola Febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Olman Anzola Marzo 2026.pdf	Olman Anzola Marzo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Olman Anzola Abril 2026.pdf	Olman Anzola Abril 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Olman Anzola Mayo 2026.pdf	Olman Anzola Mayo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >