

					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:			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	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20016	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-05-01			2026-05-31	
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						\$57,494,400		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$14,373,600		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
79591116	\$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 Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR 51960113 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
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 convocado 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.		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.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

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	salililbelt@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79591116	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						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
		795911116	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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	Saludpo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	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 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



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: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

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 Líneas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:

FMF105

MONEDA:

COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN:

19:12:13

FECHA FIRMADO:

13/05/2026 19:12:14

FECHA DE EMISIÓN:

FECHA DE VENCIMIENTO:

DIA	MES	AÑO
13	05	2026

DIA	MES	AÑO
--	--	--

#	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: Número de Contrato: 162-2026 ----- Facturación Especialista de P
erinatología: Medicina Materno Fetal y Ecografía Kennedy mes de mayo 2026.

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

CUFE0b20c66913e997f954041a3599a9c6741742f2045ede720d9cb08355e25e8d94b87b9c9aaeb03e5e0a0856680445f59a

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

Firma Digital: nYRaN2F5hFCJj+W5igWPSir9+kcomC654JZ729XpEdVPRBetHBA4bxEP1bYBgoSp
vE8BV9qSh9waltomGsvo1uxbqflAuPvgl33Oebm+NKx2Rr0J1gRpk5MhE98vBqG+
P/IHfvWA3gprCJkkvD95IKJdEOQCIZizE0ZgrywZGshr8bwnJ3UMXlwx0YPnc9PH
Fwnl0elTHh72Tzc+aQMqCwjjvksv1TcOwkh1uuWQksXvGV9sXfNCfQOEdeBzdZ
TDMfbxFxtin6EC7A+oiX00Afv76MOHWWaUbUsJ/IBZgl0SRo14nPY41pL7UwMtDy
C/VSTfoktkJpaZ26UoScrA==

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

