

					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:			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	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000		NÚMERO DE CRP	29374	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-08-01			2026-08-31		
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:					\$58,716,930			
VALOR EJECUTADO					\$58,170,726			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$8,466,162			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$546,204			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					99%			
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	
93812002	\$3,386,465	\$423,308		\$541,834	3	\$82,494	\$1,047,637	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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								

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 autoevaluación a las actividades que me sean solicitadas	Realizar planes de mejora, y autoevaluación 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 así se requiera de acuerdo al procedimiento	Explicar y realizar el consentimiento informado al paciente cuando así 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 actualización de temas de Intereses	Participar en las reuniones y capacitaciones de actualización 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 de seguridad social	Adjuntar la planilla de 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

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

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: 18764111587401 válida desde 2026-06-23 hasta 2026-12-23 rango desde FE19 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:

14/09/2026

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:

FE22

MONEDA:

COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN:

11:17:28

FECHA FIRMADO:

14/09/2026 11:17:29

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

DÍA

MES

AÑO

14

09

2026

14

09

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 30 septiembre 2026de conformidad con el contrato Número 1468-2026valor\$ 8.466.162	11	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 con cero centavos)

CUFE: eb9366bc2c46343f362292e68580269cdb7ff2f05b8d22b76d1bebe9ed83b38602628360842e430ea23e6dd091f7114e

Subtotal:

\$8.466.162,00

Cargos:

\$0,00

Descuentos:

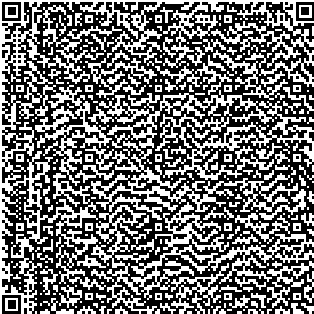
\$0,00

Total:

\$8.466.162,00

Firma Digital: ClclQsv+EaG+ru0EdaEJDtCEFo9RRmwQITNH9PO4+IJR/x5y99DHvHS6iHp3RZao
uK35V2MrwO5yONdphXhv5RuW99fmjkiK2QorM1I/2usCAIHgl3d2hIPAd2M/emilM
ibx6REsDuYhKU7Jl3qj3hHnoo9BTzSNzYOeMeamJ2YJdSHYy91BVtRpSyg67zSP1
zRRrDW9JS4JaOuHVGor69KJkvS2b0ljlV5Wflk4sHNX9Jh1q+BwwBMXFyUucif8W
CnJXjlV/x2ObgJvcz1bYib4BRgE0FK2CtXZ39uuNXfrqjh3crKWwhSvSv8bi8YjD
jbFYq/cz4rk/f+U1dUhgGQ==

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..



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52455839	VIDIA MERCEDES OSPINA ESPITIA		Calle 103a # 21 -93	3158332743	nmoe23@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
		94614825	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$1.083.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	437.500	0		0		0	1	400	0	437.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	560.000		0	0	0	0	1	500	0	560.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	85.300					85.300	1	100	85.400			853	85.400	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	437.900
Pensión	1	560.000	560.500
Riesgos Laborales	1	85.300	85.400
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	1.083.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52455839	VIDIA MERCEDES OSPINA ESPITIA		Calle 103a # 21 -93	3158332743	nmoe23@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
		94614825	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$1.083.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonero	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VGP	VGP	SEN	ICE	LVA	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