Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	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	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000	NÚMERO DE CRP	25344	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
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:	$100,615,200
VALOR EJECUTADO	$71,868,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,373,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$28,747,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
93270384	$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 Julio 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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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.	Realicé ecografías obstétricas y actividades en Medicina Materno Fetal. El pago de la hora por las actividades realizadas en ecografía y en Perinatología en Ginecología y Obstetricia.	Reportes de ecografías obstétricas y de valoraciones en Medicina Materno fetal evidenciadas en las historias clínicas.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Cumplí en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. Anexé la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos.	Se anexa planillas de pagos que van soportados en la cuenta de cobro.
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.	Dispuse de la actitud de servicio de acuerdo con la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Atención y asesoría a las pacientes que ingresan por urgencias de sala de partos, consulta externa, cirugía y ecografía.
Participar en la programación de actividades del área.	Reporté y elaboré fichas de morbilidad – mortalidad. Diligenciar correctamente los formatos de las historias clínicas en su totalidad con los códigos CIE 10. Llevé correctamente los registros en los sistemas informáticos correspondientes. Diligencié correctamente el RUAF de los recién nacidos y mortalidades.	Fichas de morbilidad que se entregan al servicio de epidemiología.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realicé procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de los conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. Codifiqué correctamente los procedimientos quirúrgicos CUPS. Llevé los registros de los procedimientos del servicio en los libros.	Libro radicador con los procedimientos realizados e historia clínica con toda la información.
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.	Participé en diferentes estudios de investigación realizados en el servicio. Colaboré para la elaboración, actualización de las guías de manejo del servicio. Dictar, asesorar, colaborar con la evaluación docente – asistencial.	Guías de manejo que se encuentran en el servicio y en el aplicativo de ALMERA.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Asistí a reuniones programadas por el servicio para capacitación y actualización. Asistí a los diferentes comités programados en la institución por el líder del proceso.	Actas de reuniones y capacitaciones que realiza el servicio y el hospital. Elaboré solicitud de procedimientos y tratamientos, remisiones de los pacientes durante su turno.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Elaboré solicitud de procedimientos y tratamientos, remisiones de los pacientes durante su turno.	Formatos de remisiones y solicitud de procedimientos que se dejan como evidencia en la historia clínica.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Realicé las interconsultas solicitadas durante el turno.	Libro radicador que se encuentra en la rotonda del hospital y registro en la historia clínica de la solicitud.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Cumplí con las labores asignadas durante el turno como evolución, cirugías, consultas y sala de partos.	Se evidencia en la historia clínica atención de la paciente.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Realicé actividades académicas con los estudiantes, internos y residentes de primera y segunda especialidad que roten por el servicio de Ginecología, Obstetricia y Medicina Materno Fetal.	Actas de actividades con los estudiantes, evaluaciones y cronograma de charlas que tiene el coordinador académico.
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Velé por el cumplimiento de notificación de eventos públicos de notificación obligatoria.	Registros que dispone la oficina de epidemiología.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Hice acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.	Acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Colaboré con las respuestas a los entes de control cuando fuere necesario.	Soportes de respuestas que quedan en la coordinación del servicio.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Reporté los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio. Di cumplimento a las políticas de uso racional de antibióticos.	Registro que tiene la oficina de seguridad del paciente.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Propende para que el nivel de glosas del servicio sea lo menos posible al no solicitar exámenes no pertinentes, de igual forma evitar tener falencias en el trámite de solicitudes de órdenes.	Diligenciamiento correcto de la historia clínica.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Velé por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	Equipos que se utilizan en el servicio y se encuentran en óptimas condiciones para utilizar.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Cumplí con el reglamento interno de trabajo, higiene, seguridad y salud ocupacional. Velar por los recursos dados en préstamo.	Utilicé elementos de protección y ropa quirúrgica necesarios para la atención.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Velé por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	Equipos que se utilizan en el servicio y se encuentran en óptimas condiciones para utilizar.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Propende para que el nivel de glosas del servicio sea lo menos posible al no solicitar exámenes no pertinentes, de igual forma evitar tener falencias en el trámite de solicitudes de órdenes.	Diligenciamiento correcto de la historia clínica.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Reporté los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio. Di cumplimento a las políticas de uso racional de antibióticos.	Registro que tiene la oficina de seguridad del paciente.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Colaboré con las respuestas a los entes de control cuando fuere necesario.	Soportes de respuestas que quedan en la coordinación del servicio.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Hice acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.	Acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.

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 Controlada Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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	salilibelt@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93270384	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.996.600	

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	806.700	0		0		0	0	0	0	806.700	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	1.032.600	0	0	0	0	0	0		1.032.600	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	157.300				157.300	0	0	157.300			1.573	157.300	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	806.700	806.700
Pensión	1	1.032.600	1.032.600
Riesgos Laborales	1	157.300	157.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.996.600	1.996.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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	salilibelt@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93270384	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.996.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	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 53120452	BELTRAN ACOSTA SANDRA LILIANA	59	0			N																	25-14	6.453.440	30	1.032.600	0	0	0	0	EPS005	6.453.440	30	806.700	14-25	6.453.440	30	3	157.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MATERNO FETAL
CIRUGÍA FETAL
MÉDICA
GINECOBSTETRICIA

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: 01/07/2026 hasta: 31/07/2026.

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:	Consiganción bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	FMF107
MONEDA:	COP Peso colombiano
HORA EMISIÓN:	12:37:21
FECHA FIRMADO:	12/07/2026 12:37:22

FECHA DE EMISIÓN:			FECHA DE VENCIMIENTO:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
12	07	2026	--	--	--

#	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 julio 2026.

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

CUFE1239426ea3cbc364c949800658516d1cfa354e15dfc79de935eb6f2955314fc0e5890458f58472c3c9914bcca4934a71

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

Firma Digital: vyfYPEzITR8WcavhNSs0IgzEqLh9H9zUUPylHasbfJYlbHEhW550OAebAjZtEziU
jDssIalve05fHVeKzhJ3DkHpn02AhZ19OleyIBpJ1sGohBmdivpEPwzZtj6FVx1c
1JomB/vMn1Fhg7QyjX78TSj3tozpg06wsJS6/YmovmC3xdUBPLJn2lVK4P4TtKOu
MX5+CPA3qfRAayrLnn83LfioWcUCoSbsi9uqcz/PYkjDwGCQN895VSkilpFvwYov
wl6lHjZ32+Hu4eCHWv1j0pHsF8TLm7EQ/VkCUPYsfhB7hy7fAAi1rVIBUOVsJR88
lByNJOb7RZ1lcv98UQWP5g==
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2026 hasta: 31/07/2026
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..