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:	Heidy liliana perdomo sanchez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1069755601	
CORREO ELECTRONICO:	lperdomosan@gmail.com				CELULAR:	3219296826	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24101774750				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3712			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1161	FECHA	2025-05-19 12:20:03.000	NÚMERO DE CRP	26620	FECHA	2025-05-27 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TRABAJADOR SOCIAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-05-01		2025-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,725,766				
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:	$12,499,344
VALOR EJECUTADO	$8,653,392
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,725,766
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,845,952
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	69%

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
86584981	$1,442,232	$180,279	$230,757	3	$35,133	$446,169

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. 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

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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa, Atencion de los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes.	Realizar la verficiacion de criterios de los paccientes asigandos al programa de atencion hospitalaria en casa.	Registro de traslados a los diferentes domicilios de los pacientes y unidades de salud.
Realizar las actividades clínicas de orientación al paciente, su familia y a comunidad en cuanto al concepto en relación a la pertinencia de su profesión	Atencion adecuada y oportuna al paciente candidato a la hospitalizacion domiciliaria en casa, con enfoque integral en salud.	Diligenciamiento de evolucion de trabajo social con la atencion brindada y las observaciones de acuardo a los criterios de ingreso a PHD en la historia clinica del aplicativo Dinamica Gerencial.
Promover el proceso de registro y captura adecuada de información para gestionar un adecuado servicio ciudadano	Diligenciamiento de los formatos establecidos para cada uno de los posibles candidatos a PHD, teniendo en cuenta claridad de la información, lenguaje técnico, letra legible, datos completos y descripción de observaciones.	Entrega de soportes en Historia clínica, así como el diligenciamiento de inicio de finalización de las actividades diarias y notificaciones que correspndan al caso de la subred integrada de servicios de salud sur occidente.
Apoyar el Sistema de Quejas y Soluciones (SDQS) y los demás requeridos para el funcionamiento de la política del servicio al ciudadano	Asistir de manera oportuna y adecuada el Sistema de quejas y soluciones (SDQS) para el funcionamiento de la politica de servicio al ciudado en el momento que lo requiera.	Contribuir en la entrega de informacion y apoyo de quejas y soluciones bajo la norvatividad de la Subred Sur Occidente
Garantizar la entrega oportuna de reportes e informes de avances sobre actividades asignadas.	Elaboracion y diligenciamiento de datos de activiades en informe al area encarga que solicite.	Entrega de informe de actividades al area encargada cuando lo solicite de acuerdo al diligenciamiento de DRIVE de PHD.
Realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias	Cumplir con las obligaciones y actividades previamente notificadas en el contrato.	Diligenciamiento claro de todos los formatos, hsistorias clinicas, actividades, participacion de capacitaciones, documentacion completa o cualquier proceso que soliciten en la subred.
Brindar respuesta oportuna y seguimiento a usuarios con Barreras de Acceso a los servicios de salud,	Informar, notificar y atender las barreras de acceso a los servicios de salud minimizando los riesgos y efectuando la restitucion de los derechos de los usuarios y la atencion integral en salud.	Atencion oportuna y respuesta de interconsulta de los pacientes de PHD, con seguimiento diario telefonico para verificacion de atencion adecuada y humanizada.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Consignar la información completa de cada atencion en el formato de historia clínica, teniendo en cuenta el buen uso de la información y la confidencialidad con integridad de cada paciente."	Elaboración de evolucion de trabajo social de historia clínica en cada uno de los cantidatos a PHD interconsultados respondiendo bajo los criterios establecidos por el programa.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciamiento de los formatos y evolucion en Historia clinica establecidos para cada uno de las interconsultas, teniendo en cuenta claridad de la información, lenguaje técnico, letra legible, datos completos y descripción amplia de la carcaterizacion de vivienda, así mismo, la entrega de dichos informes al área encargada.	Evolucion de trabajo social y formato de caracterizacion de vivienda en aplicativo Dinamica, así como el diligenciamiento de inicio de finalización de las actividades diarias a la subred integrada de servicios de salud sur occidente.
Llevar registro de la atención de las 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	Realizar evolucion de valoracion de criterios de ingreso a PHD, registro de caracterizacion de vivienda y seguimiento telefonico de los pacientes.	Folio de evolucion de trabajo social en Historia clínica, entrega de turno y reporte de novedades de las actividades diarias.
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Cumplir de manera oportuna y responsable con las actividades programadas por la subred, tales como desarrollo de jornada laboral completa y asistencia a capacitaciones para el fortalecimiento de las competencias instituciones y profesionales.	Evidencia de participación y cumplimiento como lista de asistencia, pre test- pos test, como parte del proceso de formación continua y oportuna.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realizar reporte en cada uno de los turnos designados de la información requerida como Notificacion al sistema de vigilancia en salud publica (SIVIM, SISVECOS, VESPA, entre otras).	Diligenciamiento en aplicativo dinamica o en fisico de las fichas de notificacion al sistema de vigilancia en salud publica.
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,	Notificar oportunamente las fallas en aplicativos dinamica y demas implementos utilizados en el Programa de hospitalzacion en casa.	Reporte en cada una de los turnos las novedades que impiden el buen funcionamiento del servicio.

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Reporte en cada una de las jornadas laborales de las novedades en el espacio	Entrega de formatos de Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, interconsulta, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica.
Practicar el seguimiento y control a pacientesen los que se requiera su participación	Se realiza un seguimiento al paciente en el momento de la atención y hasta su saalida del programa de PHD.	Revision de criterios de continuidad en PHD, seguimiento telefonico, entrega de ordenes y formulas en el momento de la salida del programa.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informa a los familiares de cada uno de los pacientes, sobre su condición de salud, plan de manejo sugerido y la atención que se brindara por parte de PHD dando a conocer de manera detallada cada uno de los procesos a llevar a cabo.	En la entrega de Historia Clínica de valoración, consentimiento y desistimiento de valoración, interconsulta, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica, de deja detalladamente la información de cada intervención en cada uno de los ítems dispuestos para este proceso.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Se elabora informe mensual donde se indican las actividades realizadas, producto de las actividades, pago se seguridad social y formato establecido para cuenta de cobro, entregado al supervisor de contrato para la certificación de cumplimiento respectivo.	Entrega de informa mensual por medio de la plataforma SURESOC, para adelantar la respectiva revisión por parte del supervisor de contrato.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	Se realiza firma de recibido de los elementos y formatos entregados para la atención de paciente y elementos de protección personal para el correcto ejercicio de las actividades.	Soporte de recibido de los diferentes elementos para la atencion de los apcientes de PHD.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se realiza participacion y escucha activa en las capacitacones, reuniones, entre otras de la Subred Sur Occidente que fueron convocadas.	Firma de asistencia y diligenciamiento de pre test y pos test de la actividad.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se recibió capacitación sobre los procedimientos establecidos por la Subred en el cumplimento de las funciones asignadas y se inicio el apoyo a la implementación de los mismo por medio del ejercicio de las actividades diarias.	Se entrega la información correspondiente a cada paciente interconsultado cumpliendo con cada una de las condiciones orientadas por la subred.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Se apoya a la subred en las actividades indicadas.	Diligenciamiento de asistencia y participacion en las actividades designadas por la Subred.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se realiza afiliación y pago correspondiente a cada periodo del plan de seguridad social exigido por la Subred Sur Occidente, los cuales incluye seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.	Se adjunto pago correspondiente a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las actividades descritas en el objeto del contrato por parte de la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente, en el ejercicio de mis funciones, cumpliendo con cada una de las especificaciones dadas para cada actividad.	Diligenciamiento de las diferentes bases de registro de atencion, seguimiento y reporte de novedades de los pacientes aceptados y negados a PHD, con la evolucion correspondiente en Dinamica.
Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo capacitaciones,	Se realiza actividades programadas con anterioridad por parte de lider del programa de PHD de la subred sur occidente.	Soporte de asistencia a cada uno de los turnos programados de acuerdo al cronograma previamente establecido.
Portar de manera decorosa las prendas institucionales, junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente	Se porta de manera decorosa uniforme que identifica la institución, junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.	Presentación adecuada en área de trabajo y áreas institucionales, donde se evidencia uso de carnet y uniforme.
Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad,	Usar de manera adecuada los elementos de protección personal en el ejercicio de mis funciones profesionales.	Soporte de firma por entrega de elementos de protección personal (tapabocas) en el ejercicio de mis funciones asignadas y porte correcto de los EPP en cada uno de mis turnos.
Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad,seguridad, racionalización y resolutivita en el programa de salud mental,	Cumplir con las funciones asignadas con un enfoque colaborador y humano, por medio del trabajo en equipo, en apoyo al PHD.	Entrega oportuna y responsable de todas las actividades asignadas y formatos pertinentes para garantizar el pleno cumplimiento del contrato y funcionamiento del programa
Informe y registro oportuno de datos críticos, y Reporte y registro de sucesos de seguridad.	Reportar y registrar los sucesos de seguridad que se presenten en el PHD.	No se presentaron situaciones y/o sucesos para reportar.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Se realiza revisión y diligenciamiento de formatos entregados para el ejercicio de funciones, tales como evolucion en historia clinica, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica, firmas de recorridos realizados a empresa de transporte, dentro de cada uno de los turnos asignados	Soporte de entrega de formatos y firmas correspondientes a cada uno de los protocolos asignados para el cumplimiento de las funciones.
Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Se cumple con las disposiciones respectivas de seguridad de paciente, confidencialidad de la información de pacientes y protección de la integralidad de cada uno de los pacientes a los cuales se brindó la atención y revision de criterios.	Se hace entrega de formatos y diligenciamiento de información completa, amplia y clara, al área encargada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente
Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.	Cumplir con todas las politicas y protocolos de calidad institucional .	Aplicar y cumplir con las normas, politicas y procesos que lleven y fomenten la calidad institucional.
Participar en las jornadas de capacitación,inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se realiza participacion y escucha activa en las capacitacones, reuniones, entre otras de la Subred Sur Occidente que fueron convocadas.	Firma de asistencia y diligenciamiento de pre test y pos test de la actividad.
Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo “Fallidos y efectivos” por medio del aplicativo o en físico	Se registra por medio físico de manera oportuna cada uno de los desplazamientos realizados por el vehículo asignado, en cada uno de los turnos programados.	Soporte de registro físico por cada uno de los desplazamientos realizados por la móvil asignada para el cumplimiento de las funciones.
Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas	Se captura los soportes necesarios de paciente para realizar el debido proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones dadas en cada uno de los casos, de igual manera de adjunto soportes de la respectiva atención en dinamica.	Entrega de soportes al área encargada la cual es designada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente para el proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones
Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio	Se captura los soportes necesarios de paciente para realizar el debido proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones a cada paciente.	Entrega de soportes al área encargada la cual es designada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente para el proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones
Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, de la Subred.	Realizar participacion y diligenciamiento adecuado de cada actividad o proceso y dar cumplimeinto a los planes, actividades, guias y protocolos de la Subred Sur Occidente.	Contribuir a un buen accionar de las actividades en pro de los planes, guias, protocolos y procedimientos de la Subred, de acuerdo a al diligenciamiento de cada formato o historia clinica que corresponda.
Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables al CONTRATISTA, en los eventos que corresponda	Identificar y responder por las glosas cuando se causen por razones impuntuales del contratista.	Responder por las glosas por razones impuntules del contratista.

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 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	1069755601	HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ	CRA 91A 73 37	6952697	lperdomosan@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87350319	$463.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	186.300	0		0		0	8	1.000	0	187.300	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	238.500	0	0	0	0	8	1.300	0	239.800	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	36.400				36.400	8	200	36.600			364	36.600	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	186.300	187.300
Pensión	1	238.500	239.800
Riesgos Laborales	1	36.400	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.200	463.700

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
CC	1069755601	HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ		CRA 91A 73 37	6952697	lperdomosan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87350319	$463.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1069755601	PERDOMO SANCHEZ HEIDY LILIANA	59	0			N																	25-14	1.490.400	238.500	0	0	0	0	EPS037	1.490.400	186.300	14-11	1.490.400	3	36.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

No NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ

C.C 1069755601 DE FUSAGASUGA

La suma de $3.725.766 por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de asistencial 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; durante el periodo del 1 al 31 de mayo de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3712-2025



HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ

C.C. 1069755601 DE FUSAGASUGÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24101774750