

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión: 3  
Fecha de aprobación: 2/15/2018  
Código: 04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|   |                            |   |                 |                 |            |    |  |
|---|----------------------------|---|-----------------|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                            | Luz Angie Díaz Pantoja                                  |                 |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                        | X   | C.E             | No.             | 1023895819 |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | angiediaz_0705@hotmail.com |   |                 | CELULAR:        | 3202128395 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                            |   |                 | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                            | ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS USS 50 MEXICANA |                 | SEDE:           | SUBRED     |    |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo            | %   | Centro de costo | %               |            |    |  |
|   | SU50U05                    | 50  | SU59U05         | 50              |            |    |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCO CAJA SOCIAL S.A.     |   |                 | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |    |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                            | 24054363191   |                 |                 | PENSIONADO | NO |  |

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

|                             |                           |       |                         |               |       |             |                         |
|-----------------------------|---------------------------|-------|-------------------------|---------------|-------|-------------|-------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO          |                           | 596   |                         | VIGENCIA      |       | 2025        |                         |
| NÚMERO DE CDP               | 1362                      | FECHA | 2025-06-12 10:21:10.000 | NÚMERO DE CRP | 28108 | FECHA       | 2025-06-24 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:        | TECNICO ADMINISTRATIVO II |       |                         |               |       |             |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE                     |       | FECHA INICIAL           |               | HASTA | FECHA FINAL |                         |
|                             |                           |       | 2025-04-01              |               |       | 2025-04-30  |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |                           |       |                         | \$2,426,783   |       |             |                         |
| TIPO DE SERVICIOS           | Administrativo            |       | 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: | \$9,707,132 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$7,280,339 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2,426,783 |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$2,426,793 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 75%         |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 84994270           | \$970,717         | \$121,340                | \$155,315              | 3         | \$23,647   | \$300,301     |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS  
52502360  
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   |
|--|--|---|
| 1.Consolidacion de la informacion necesaria para la estructuracion y repórt de informacion institucional de produccion   | se consolida la informacion necesaria para la estructuracion y repórt de informacion institucional de produccion   | Actas de socializacion de la informacion, one drive   |
| 2.Generar los soportes necesarios para la estructuracion de informes de norma o de acuerdo a requerimiento   | se generan los necesarios para la estructuracion de informes de acuerdo al requerimiento por la supervisora  | se realizan actas como soportes y se hace cargue en one drive como evidencia  |
| 3.Realizar los ajustes necesarios que permitan soportar la veracidad de la informacion a reportar  | se realizan los ajustes necesarios para soportar la veracidad de la informacion que se reporta cuando halla lugar  | Actas de seguimientos, firmas de asistencia para soporte de veraciada de la informacion, se carga en one dive             |
| 4.Generar los soportes necesarios para soportar la informacion requerida para la agenda estrategica  | se generan los soportes necesarios para soportar informacion para la agenda estrategica siguiendo las indicaciones de la lider   | Se realizan actas como soporte de evidencia, capacitaciones, lista de asistencia  |
| 5.Participar activamente en la mesa de Gerencia de informacion.  | Se participa activamente en las mesas convocadas y asignadas por la lider  | Firma de listado de asistencia, cargue en one drive   |
| 6.Soportar los resultados obtenidos a la luz del comportamiento histórico y contextual de las variables.   | Se soporta junto con la lider los resultados obtenidos del comportamiento historico y contextual de las variables cuando halla lugar   | se realiza Acta de socializacion de la indormacion de resultados, firma de asistencia y cargue en one drive como soporte  |
| 7.Establecer alertas para efectos de un control positivo y efectivo de resultados  | Se establecen alertas con supervision y aprobacion de la lider para efectos de un control positivo y efectivo de resultados  | se realiza comunicacion asertiva con lider para establecer alertas y obtener resultados efectivos, soportes one drive     |
| 8.Generar informacion necesaria para retroalimentar a los referentes de areas o servicios, para revisión y toma de acciones para mejora continua                               | Se genera informacion necesaria para retroalimentar a los referentes de areas o servicios, para revisión y toma de acciones para mejora continua cuando halla lugar y sea designado por la lider                   | Se realizan actas de socializacion de audotias y se realizan plan de mejora si es el caso, soportes cargados al one drive |
| 9.Participar activa y propositivamente en los análisis de Información de acuerdo a necesidades Institucionales.  | se participa activamente si existe solicitud de la lider en los análisis de Información de acuerdo a necesidades Institucionales.  | Listado de asistencia   |
| 10.Mantener actualizadas las necesidades de información por procesos.  | se mantiene actualizada la necesidades de la informacion de los procesos que se manejan a nivel ambulatorio  | one drive se carga informacion actualizada para realizar los procesos ambulatorios  |
| 11.Verificar las diferentes fuentes de emisión de la información de los datos y retroalimentar a las áreas respectivas   | se verifica las diferentes fuentes de emision de la información de los datos y retroalimentar a las áreas respectivas, cuando halla lugar y sea designado por la lider   | Se verifica informacion y se retroalimenta con actas a los colaboradores, soportes cargados en one drive                  |
| 12.Soportar y mantener actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de acreditacion   | Se apoya en el proceso para soportar y mantener actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de acreditacion cuando halla lugar y por designacion de la lider                 | Se realizan actas de socializacion por parte de la lider, firma de asistencia y cargue en one drive                       |
| 13.Apoyar la alimentacion de la informacion de Almera  | se apoya la alimentacion de la informacion del aplicativo almera en supervicion del lider  | formatos actualizados   |
| 14.Asistir y articipar activamente en reuniones y procesos de fortalecimiento de competencias según programación en el área, la ESE o entes competentes, cuando sea requerido. | se asiste si es necesario la participacion en reuniones y procesos de fortalecimiento de competencias según programación en el área, la ESE o entes competentes, cuando sea requerido. cuando la lider lo requiera | Lista de asistencia,  |
| 15.Elaborar y presentar oportunamente los informes que en desarrollo de sus actividades específicas sean solicitadas de acuerdo a la programación establecida                  | se elabora y presentar oportunamente los informes que en desarrollo de sus actividades especificas sean solicitadas de acuerdo a la programación establecida   | Se realizan informes de acuerdo a la indicacion de la lider y los soportes se cargan al one drive                         |
| 16.Las demás actividades afines con el objeto contractual.   | Se realiza actividades designadas por la lider   | Lista de asistencia, actas de socializacion y demas funciones indicadas por la lider                                      |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS  
52502360  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ ANGIE DIAZ PANTOJA**  
**C.C 1.023.895.819**

La suma de \$ 2.426.783 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y /o asistencial en el área asistencial como apoyo administrativo en la unidad durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 596-2025



**LUZ ANGIE DIAZ PANTOJA**  
**No 1.023.895.819**

**BANCOCAJA SOCIAL**

**NÚMERO DE CUENTA AHORROS : 24054363191**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |        |                    |                    |                            |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                  | 1023895819        | LUZ ANGIE DÍAZ PANTOJA |        | CL 31 D SUR 1 A 21 | 3202128395         | ANGIEDIAZ_0705@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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-03              | 2025-03                           | I             | 08/04/2025               | 84994270        | \$441.700     |     |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008     | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 500                   | 0              | 178.500       | 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 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 600                   | 0              | 228.400       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 4         | 100                   | 34.800              |                            |                     | 347               | 34.800        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 178.000                             | 178.500        |
| Pensión             | 1                              | 227.800                             | 228.400        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 34.700                              | 34.800         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>440.500</b>                      | <b>441.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |        |                    |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|--------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1023895819        | LUZ ANGIE DIAZ PANTOJA |        | CL 31 D SUR 1 A 21 | 3202128395         | ANGIEDIAZ_0705@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |               |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS  | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |           | TOTAL A PAGAR |  |
| 2025-03              | 2025-03                           | I             | 08/04/2025               | 84994270        | \$441.700 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                        | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |      | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres    | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TOP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASAP | VCT   | IRL | CORRECCION | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o 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   | 1023895819            | DIAZ PANTOJA LUZ ANGIE | 57                    | 0       |           |                  | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |      |       |     |            | 230301            | 1.423.500 | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Área de trabajo → Administrador de configuración → Gestión de contratos de venta → **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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

| Identificación 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

### Documentos de ejecución del contrato

| Descripción  | Nombre del archivo                   | Cargado por |   |
|--|--------------------------------------|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> cuenta aprobada diciembre.pdf (Archivado) | cuenta aprobada diciembre.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> soportes diciembre.pdf                    | soportes diciembre.pdf               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> soportes pago honorarios febrero.pdf      | soportes pago honorarios febrero.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> soportes pago honorarios marzo.pdf        | soportes pago honorarios marzo.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

< Evaluación de la Entidad Estatal >