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:	LEIDY MILDREY ORTIZ PARRA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52737418		
CORREO ELECTRONICO:	leimildrey@hotmail.com				CELULAR:	3114965654		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO CV RUTA DE LA SALUD				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA16T12-1	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	176194355					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4066			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1358	FECHA	2025-06-12 16:33:17.000	NÚMERO DE CRP	29727	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$5,638,044			
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:	$25,559,132
VALOR EJECUTADO	$14,846,849
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,638,044
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,712,283
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	58%

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
9487917069	$2,255,218	$281,902	$360,835	3	$54,937	$697,674

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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
Planear y programar la operación de la ruta de la salud en la Subred Sur Occidente, incluyendo la ruta de interconexión del Distrito Capital	Como referente de la Ruta de la Salud, una de mis tareas principales es planear y programar semanalmente la operación del servicio, definiendo los horarios, los recorridos y las rutas activas desde y hacia los diferentes centros de salud. Esto incluye garantizar que el talento humano y los recursos estén disponibles y alineados con las necesidades de cada jornada, dejando como resultado un cronograma estructurado y ajustado a la demanda del territorio.	-Cronograma de operación de rutas e itinerarios- talento humano
Liderar y desarrollar actividades de coordinación entre unidades de la Subred y otras Subredes del Distrito	Participe de reuniones con los referentes de las demás subredes donde se establecieron compromisos a cumplir y se realizo seguimiento a la operación de la ruta de la salud	Se realizo acta como evidencia del encuentro especificando compromisos
Brindar un trato respetuoso y humanizado al cliente interno y externo	Desde mi rol, fomento un trato humanizado tanto hacia el usuarios. Realizo jornadas de sensibilización con el equipos, aplico encuestas de percepción y hago seguimiento al comportamiento en campo, procurando que cada persona atendida se sienta valorada y respetada. Cuando enfrentamos reclamos o situaciones difíciles, me encargo de analizar, identificar sus causas y liderar la implementación de acciones correctivas, dejando constancia en planes de mejora, reportes y seguimiento a PQR.	se da respuesta a PQRS en agilsalud y se realiza acta frente al trabajo humanizado
Establecer acciones de mejora continua ante situaciones difíciles o reclamos	Se realiza seguimiento constante a las actividades del programa. Esto lo realizo mediante visitas de campo, revisión de indicadores e informes mensuales que me permiten verificar el cumplimiento de nuestras metas. Así mismo, organizo y lidero reuniones con colaboradores, veedores ciudadaactores con el fin de escuchar, ajustar procesos y construir soluciones colectivas; estas reuniones siempre están respaldadas por actas y compromisos claros.	Actas de socializacion con el equipo humano
Evaluar y realizar seguimiento de las actividades del programa	Revisar sistemáticamente el cumplimiento de las actividades diarias y mensuales de la ruta, mediante visitas, formatos de verificación, y análisis de indicadores operativos.	- Informes de seguimiento operativo- Indicadores de cumplimiento mensual-
Organizar, liderar y participar en reuniones con colaboradores, referentes, veedores y usuarios	Convocar y moderar reuniones periódicas con actores internos y externos para revisar avances, escuchar sugerencias, resolver inquietudes y fortalecer el proceso de participación ciudadana.	Acta de reunion con los veedores
Programación y seguimiento diario de recorridos y traslado de pacientes	Establecer la logística diaria de traslados (usuarios, personal o insumos) asegurando eficiencia, oportunidad y cobertura. Verificar su ejecución en la operación y ajustar según demanda.	Se cuenta con la programación diaria de los recorridos
Seguimiento a las actividades de auxiliares de enfermería, técnicos, auxiliares administrativos y conductores asignados al programa de la ruta de la salud	Supervisar al personal de apoyo (auxiliares, técnicos, administrativos, conductores), verificar cumplimiento de funciones, horarios, trato al usuario y presentación personal.	Se cuenta con encuestas de satisfaccion donde se realizan superivion a las labores realizadas
Consolidación de informes mensuales, trimestrales y final del programa de la ruta de la salud de la subred sur occidente a la secretaria distrital de salud.	Se sistematiza la información de indicadores, avances, dificultades y logros del programa, y presentarla de forma clara y argumentada a la Secretaría Distrital de Salud y entes de control.	Presentacion mesual de informes de gestión de la Ruta de la Salud
Capacitación a lideres colaboradores de las diferentes unidades de salud de la subred sur occidente, en relación al modelo de operación del programa	Se implementan sesiones formativas donde se socializa el modelo operativo, roles de cada perfil, manejo de situaciones dentro de la operación	Acta de encuentros

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Programación y seguimiento diario de recorridos y traslado de pacientes entre las unidades de salud de la subred sur occidente	Se tiene en cuenta la programación de los usuarios, para los recorridos de la Ruta de la Slud por los centros de Salud donde requieren el servicio	se cuenta con la programacion diaria de usuarios de manera digital

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52737418		ORTIZ PARRA LEIDY MILDREY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 59SUR #60-19 APTO 242 TORRE 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1636601274	9487917069	I	2025/07/04	2025/07/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	14	$704,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,255,218	$360,900			$2,255,218	$282,000			$0	$0			$2,255,218	$55,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,255,218	$360,900			$2,255,218	$282,000			$0	$0			$2,255,218	$55,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,255,218	$360,900			$2,255,218	$282,000			$0	$0			$2,255,218	$55,000		$0	$0
1	CC 52737418	ORTIZ LEIDY	231001	30	$2,255,218	$360,900	EPS008	30	$2,255,218	$282,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,255,218	$55,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,255,218	$360,900			$2,255,218	$282,000			$0	$0			$2,255,218	$55,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52737418		ORTIZ PARRA LEIDY MILDREY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 59SUR #60-19 APTO 242 TORRE 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1636601274	9487917069	I	2025/07/04	2025/07/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	14	$704,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$360,900	$3,200	$0	$364,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$360,900	$3,200	$0	$364,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,000	$500	$0	$55,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$55,000	$500	$0	$55,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$282,000	$2,500	$0	$284,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$282,000	$2,500	$0	$284,500
TOTAL				**1**	**$697,900**	**$6,200**	**$0**	**$704,100**

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DOCUMENTOS LEIDY ORTIZ MES MAYO (Archivado)	28. CERTIFICACION BANCARIA-fusionado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS LEIDY ORTIZ MAYO	28. CERTIFICACION BANCARIA-fusionado (3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO Y SPORTES JUNIO.pdf	CUENTA DE COBRO Y SPORTES JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	52737418	ORTIZ	PARRA	LEIDY	MILDREY	2025-06	EPS COMPENSAR	COTIZANTE
CC	52737418	ORTIZ	PARRA	LEIDY	MILDREY	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	52737418	ORTIZ	PARRA	LEIDY	MILDREY	2019-05	EPS MEDIMAS	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2025	19	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	26	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	7	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2022	27	COTIZANTE	Estado Emeregencia
EPS COMPENSAR	01/2022	3	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	08/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	07/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	06/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	05/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	04/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	03/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	02/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	01/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	12/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS MEDIMAS	11/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	10/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	09/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS MEDIMAS	08/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	11/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	10/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	09/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	08/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	11/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	10/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	09/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	08/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	11/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	10/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	09/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	08/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	07/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	06/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	05/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	04/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	03/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	11/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	10/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52737418
NOMBRES	LEIDY MILDREY
APELLIDOS	ORTIZ PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/26/2025 13:13:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS EN PUESTO DE TRABAJO - DIRECCIONES Y OFICINAS ADMINISTRATIVAS**					**Versión:**	**4**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
						Fecha de aprobación:	**18/03/2025**		
						Código:	**04-01-FO-0041**		

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador	LEIDY MILDREY ORTIIZ PARRA							
3. Documento	Tipo de Documento: C.C.__x_ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 52737418							
4. Perfil o cargo	Profesional Universitario III							
5. Dependencia- Proceso - Área	Ruta de la Salud							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _x__ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA __12___ MES _____05___ AÑO __2025____							

FECHA	**RESPONSABLE** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	**8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**	**REALIZACIÓN ACTIVIDAD**			
			SI	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
12/05/2025		Entrega de Clave Aula Virtual	**X**			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	

FECHA	**RESPONSABLE** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	**9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Asignación de correo electrónico institucional	x			
		Sensibilización uso y apropiación de la tecnología	x			

FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	**RESPONSABLE** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	**10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)** (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
13/05/2025		Humanización	**x**			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	**x**			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	**x**			
		Participación y Atención al Usuario	**x**			
		Gestión de la Tecnología	**x**			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	**x**			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	**x**			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	**x**			
		Gestión Documental	**x**			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	**x**			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	PABLO VI
Servicio donde va a desarrollar actividades	PABLO VI
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	12/05/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	

12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE

FECHA	**RESPONSABLE** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	**ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
13/05/2025		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	**x**			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	**x**			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	**x**			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	**x**			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	**x**			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	**x**			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	**x**			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	x			
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	**X**			

13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SERVICIO

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ROSA VIVIANA CUBILLOSMEDRANO
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO ALCIUDADANO

FECHA	**DIRECCIÓN / OFICINA**	**PERFIL**	**DIRECCIÓN / OFICINA**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			ACTIVIDADES				
13/05/2025	**oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano**	**Profesional especializado III**	Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso	x			
			Se informó frente a las actividades a realizar y los controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	x			
			Acompañamiento en el manejo de aplicativos de la Subred necesarios para el desarrollo de las actividades	x			
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
	Diligenciar solo si aplica con apoyo de la Dirección de Servicios Complementarios	**Ingeniero biomédico central de gases medicinales**	Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del manual de garantía de calidad de gases medicinales				
			Conocimientos sobre normas concernientes a procesos de Certificación y planes de trabajo sobre el tema				
			Conocimientos sobre Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales				
			Conocimientos relacionados con los procedimientos operativos de funcionamiento del sistema de aire medicinal e instructivos asociados a la producción de aire medicinal				

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		**15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO**
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 __x__**	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. **SI ___x_ NO ____**	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 _x___**	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI __x__ NO ____**	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	**Bajo**	**Medio**	**Satisfactorio**	**Excelente**
				x

17. FIRMA DEL COLABORADOR		**18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO**		**19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO**	

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 26-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY MILDREY ORTIZ PARRA

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52737418 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 59 sur 60-19 apto 242 torre 11 **Teléfonos** 3114965654 3114965654

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JANA GABRIELA RIVERA ORTIZ	1011202372	Hijo(a)
JOAN SANTIAGO RIVERA ORTIZ	1000254100	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 38.499.960,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 38.499.960,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Cuenta de ahorros	0176194355	AVIANCA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-jul-2025

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
LEIDY MILDREY ORTIZ PARRA 26/07/2025 08:21:31

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 26-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

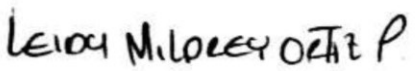
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

900.959.048-4

DEBE A:
LEIDY MILDREY ORTIZ PARRA
C.C 52737418 DE BOGOTÁ

La suma $5.638.044, por concepto de: Prestación de servicios profesionales como Profesional Especializado III en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, durante el periodo del 01 al 31 JULIO 2.025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4066 de 2.025.



FIRMA ELECTRONICA
NOMBRE: LEIDY MILDREY ORTIZ PARRA
C.C 52737418 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORRO BANCO BBVA
NUMERO 0176194355