| 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: | kelly johanna Loaiza | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1033715423 | |
| CORREO ELECTRONICO: | juansebastian170828@gmail.com | | | | CELULAR: | 3153832098 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A USU ATENCION AL USUARIO USS VILLA JAVIER | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA35O02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 658833467 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 877 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1615 | FECHA | 2025-08-11 13:04:23.000 | NÚMERO DE CRP | 34455 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS) | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,863,534 | | | | |
| 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: | $16,771,806 |
| VALOR EJECUTADO | $14,547,588 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,863,534 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,224,218 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 87% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9490657994 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

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

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 |
|---|---|---|
| Apropiar e implementar el Manual de información y servicio al ciudadano y procedimientos institucionales. | Se brinda la informacion solicitada por los usuarios de acuerdo a los procedimientos institucionales | Se brinda la informacion solicitada por los usuarios de acuerdo a los procedimientos institucionales |
| Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Se realiza diariamente la identificacion de filtro en fila de acuerdo a las ordenes medicas presentadas por los usuario | e realiza diariamente la identificacion de filtro en fila de acuerdo a las ordenes medicas presentadas por los usuarios |
| Realizar entrega de ficha de digiturno de acuerdo al tipo de población y necesidad de la atención (Prioritaria, citas del día, población general). | se realiza entrega de turnos a los usuarios de acuerdo a su necesidad | Se realiza entrega de 210 turnos diarios para asignacion de citas, 220 turnos para farmacia, 150 turnos para facturación |
| Realizar correcta identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala del dolor. | Se realiza verificacion y se identifican con nestellas luminosas los usuarios | Se realiza verificacion y se identifican con nestellas luminosas los usuarios Registro diario de en planilla escala del dolor |
| Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales. | Se realiza registo en base de datos para lista de espera de acuerdo a lineamientos | Envio semanal la lista de espera de manera digital |
| Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud. | Realizacion de charlas en sala de espera de acuerdo al procedimiento | Ralizacion de Charla en sala de espera diariamente |
| Realizar charlas educativas en salas de espera de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Se realiza comunicacion redundante diariamente con el usuario | Se realiza comunicación redundante diariamente con el usuario en el momento de darle el direccionamiento |
| Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante. | se le pregunta al usuario si la informacion le quedo clara , y en ocasiones que me repitan la informacion que se les brinda | dar la informacion de manera clara , al usuario repitiendole varias veces la informacion |
| Brindar información y orientación a los usuarios y familia respecto del ciclo de atención en los servicios de Consulta Externa y los tiempos en la atención, permanentemente. | Se brinda información y orientación al usuario respecto al ciclo de atención | Se brinda información y orientación al usuario respecto al ciclo de atención |
| Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera. | Se realiza demanda inducida para programas de Promoción y Detección Temprana de acuerdo al cada cas | Se realiza orientación y demanda inducida para programas de Promoción y Detección Temprana de acuerdo al cada caso |
| Realización de charla de taller pedagógico a los usuarios inasistentes. | Se realiza Charla de taller pedagogico a usuarios inansistenrtes a citas | Se dicta taller pedagogico de acuerdo al instructivo y segun programación |
| Aplicación encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria. | Realizacion de encuestas presenciales de satisfacción a los usuarios que salen de consulta | Se registran en el aplicativo las encuestas presonales realizadas a los usuarios atendidos |
| Registro, captura y gestión de las barreras de acceso. | Se realiza el respectivo registro en la plataforma establecida | Resgistro en plataforma "si Cuentanos" de acuerdo a las atenciones realizadas |
| Verificación de órdenes médicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento. | Se brinda informacion al suarios posterior a su cita de acuerdo a ordenes medicas entregadas por el profesional tratante | Se brinda informacion al suarios posterior a su cita de acuerdo a ordenes medicas entregadas por el profesional tratante |
| Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la Entidad. | Se asiste a reuniones programadas | Firma en lista de asistencia de acuerdo a las reuniones programadas |
| Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | se realiza entrega de turnos a los usuarios de acuerdo a su necesidad | Se realiza entrega de 210 turnos diarios para asignacion de citas, 220 turnos para farmacia, 150 turnos para facturación |
| Realizar verificación y confirmación de derechos en las páginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Página WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, diligenciamiento o validación de formatos (FURIPS, FURTRAN), aplicativo de las bases poblacionales asignadas, matriz de contratación según los acuerdos de voluntades o convenios descritos en este, conforme a direccionamiento dado por el líder de sede | se realiza verificacion , de aseguramiento al usuario | una vezs se verifica su estado de afiliacion se asigna la cita segun disponibilidad de agenda |
| Realizar la asignación de la cita conforme al procedimiento establecido, a las necesidades del usuario, metas de la sede, agendas manuales y en reprogramación de agendas, de acuerdo al direccionamiento dado por el líder de sede | se le informa al usuario que agendas se encuentran disponibles | se le asigna su cita |
| Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | eniadas por referente | enviadas por referente |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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

# Comprobante Liquidación

## Datos Generales Del Aportante

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Correo Electrónico | Ciudad-Departamento | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033715423 | | LOAIZA LOAIZA KELLY JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | kellyjohanna170802@hotmail.com | SOACHA-CUNDINAMARCA | 3153832098 |

**Clave:** 9492108270

| Pague hasta | Dias de Mora | Valor Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| 2025/10/07 | 0 | $0 | $440,500 |
| 2025/10/08 | 1 | $500 | $441,000 |
| 2025/10/09 | 2 | $700 | $441,200 |
| 2025/10/10 | 3 | $1,000 | $441,500 |
| 2025/10/14 | 7 | $2,000 | $442,500 |
| 2025/10/15 | 8 | $2,300 | $442,800 |
| 2025/10/16 | 9 | $2,500 | $443,000 |
| 2025/10/17 | 10 | $2,800 | $443,300 |
| 2025/10/20 | 13 | $3,700 | $444,200 |
| 2025/10/21 | 14 | $3,900 | $444,400 |

**Periodo Pensión: 2025-09** **Periodo Salud: 2025-09**

| Riesgo | Administradoras | Afiliados | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| AFP | 1 | 1 | $227,800 |
| COLPENSIONES | | 1 | $227,800 |
| ARL | 1 | 1 | $34,700 |
| ARL SURA | | 1 | $34,700 |
| EPS | 1 | 1 | $178,000 |
| SALUD TOTAL | | 1 | $178,000 |
| SUBTOTAL | | | $440,500 |
| COMISION OPERADOR | | | $0 |
| IVA | | | $0 |
| TOTAL | | | $440,500 |

## Canales de Pago

**BANCARIOS**

Banco AV Villas
Banco de Occidente
Banco de Bogotá

**NO BANCARIOS**

Efecty
éxito
SURTIMAX
Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033715423 | | LOAIZA LOAIZA KELLY JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 19 # 4 85 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 3153832098 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | | 9492108270 | I | 2025/10/07 | | | 0 | |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1033715423 | LOAIZA KELLY | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS002 | 30 | | 0 | 14-11 | 30 | 2.436% | 0 | No |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033715423 | | LOAIZA LOAIZA KELLY JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 19 # 4 85 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 3153832098 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | | 9492108270 | I | 2025/10/07 | | | 0 | |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$440,500** | **$0** | **$0** | **$440,500** |

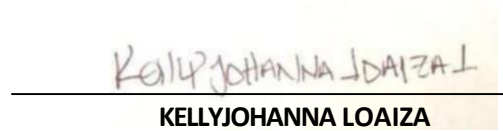
DOCUMENTO EQUIVALENTEA FACTURA

**LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**
**E.S.E NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Kelly Johanna Loaiza**
**C.C 1033715423 de Bogotá**

La suma de un millón ochocientos sesenta y tres quinientos treinta y cuatro pesos M/cte ($1.863.534) por concepto de: Prestación de servicios de salud como Auxiliar administrativo en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo de 1 al 30 de septiembre del 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación 877-2025



**KELLYJOHANNA LOAIZA**
**C.C. 1033715423 DE BOGOTÁ**
**CUENTA DEAHORROS BANCO AV VILLAS S A NUMERO658833467**