| 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: | KARENJOHANNA ORTIZ GOMEZ | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53132054 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | karen_ortiz17@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3202417128 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS 11 PUENTE ARANDA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | SU40R25 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 54453196 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1350 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2273 | FECHA | 2025-11-19 09:16:54.000 | NÚMERO DE CRP | 54321 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-11-01 | | 2025-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,159,005 | | | | |
| 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: | $41,590,050 |
| VALOR EJECUTADO | $41,590,050 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,159,005 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8391427495 | $1,663,602 | $207,950 | $266,176 | 3 | $40,525 | $514,652 |

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

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar gestión de cobro a los diferentes pagadores asignados | Realizar seguimiento a la gestion de los pagadores asignados | Se realizan las gestiones establecidas en el manual de cartera |
| Visitar las entidades deudoras a su cargo para gestión de cartera y realizar conciliación de saldos con los pagadores | Realizar visita a las entidades a fin de hacer gestion | Se realiza visita a la entidad Nueva Eps<br>se asiste a mesas circular 030 en la SDS |
| Hacer acuerdos de pago y diligenciamiento de Ficha Técnica Mensual. | Realizar acuerdo de pago | Se realiza acuerdo de pago con la entidad clinica general del Norte |
| Dar respuesta a compromisos establecidos con el pagador dando alcance a las actas firmadas. | Se realizar seguimiento a los comprimisos pactados con las Entidades | envio certificaicon de coosalud<br>envio de docuementos para la firma de acuerdo de pago |
| Realizar circularizaciones a todas las entidades a cargo, para solicitud de citas de conciliación, soportes y programación de pago. | realizar Cobro persuasivo | Se realiza cobro persuasivo a cartera mato 1.100 dias |
| Hacer seguimiento de envió de comunicaciones y circularizaciones. | Seguimiento a Circularizacion | se realiza revison de los estados de cartera enviados por la EPS |
| Solicitar soportes de pago a las diferentes entidades y verificar las consignaciones o depósitos contra soportes recibidos de entidades responsables de pago. | Solictar soportes de pagos a las entidades asignadas | Se solicita soportes de pagos de la universidad san martin, fundacion universitaria Sanitas se descargan pagos de la plataformas de Sanitas, Seguros del Estado, La previsora, Cajacopi Elaborar oficios de reclamación de cheques<br>Verificar si se tienen pagos en cheque no se evidencia pagos en cheque |
| Elaborar oficios de reclamación de cheques | Verificacion de pagos en cheque | no se evidencia pago en cheque solo trasferencia |
| Armar expedientes de los pagadores de difícil cobro después de gestión realizada de cobro y luego remitirlos al área de Jurídica. | clasificar entidades a depurar | se definen entidades para contruir a expedientes de radicacion |
| Organización de los expedientes de cada pagador para manejo de cartera. | Clasificar Informacion de las entidades en gestion | Se realiza organizacion de informacion en los firmatos establecidos para la gestion de ejecutivos |
| Unificar actas de conciliación realizadas durante el periodo y llevar relación magnética de estos soportes de gestión. | actualizar actas de cruces y conciliaciones | Se consolidan las actas de cruces en la carperta compartida en la gestion de ejecutivos |
| Y las demás actividades que le sean asignadas por la Coordinación del área. | Elaboracion de informes propios del area | proyeccion de recaudo informe de pagos vigencias 2024 vs 2025 informe de rotacion de cartera |

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

Karen J. Ortiz Gómez

**KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ**

**C.C 53.132.054 DE BOGOTA**

La suma de **$ 4,159,005 (CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL CINCO PESOS M/CTE.**), por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Financiera dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. como APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II, durante el periodo de1 al 30 de noviembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1350-2025.

**KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ**
**C.C 53.132.054 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA**
**NUMERO 054453196**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ
**No. Identificación:** CC53132054
**Dirección:** CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107
**Telefono:** 5648524
**Correo:** karen_ortiz17@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8391427495

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC53132054 |
| **Número de planilla** | 8391427495 |
| **Fecha pago** | 2025-11-12 |
| **Número de autorización pago** | 34516355 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 630800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 48800 | 1 |
| 230901 | Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias | 320000 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 12000 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 250000 | 1 |

8391427495

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53132054
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 230901 | 2000000 | 2000000 | 2000000 | 2000000 | 250000 | 0 | 320000 | 0 | 48800 | 12000 |

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