

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                         |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Deisy Liliana Ramos Loaiza                              |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                     | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1018502309 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | dlrl41098@gmail.com                                     |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3202367745 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                         |               | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37103           | 100                      |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                         |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 91257508957                                             |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4055                     |                                                         |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2308              | FECHA                    | 2025-11-26 15:54:20.000                                 | NÚMERO DE CRP | 52199                            | FECHA         | 2025-11-30 00:00:00.000                                                             |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                   | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         | 2025-12-02    |                                  |               | 2025-12-27                                                                          |            |
| <b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                         | \$760,716     |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                         |               |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                         |               |                                  | \$19,363,680  |                                                                                     |            |
| <b>VALOR EJECUTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                         |               |                                  | \$18,257,784  |                                                                                     |            |
| <b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                                         |               |                                  | \$760,716     |                                                                                     |            |
| <b>VALOR A LIBERAR</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                         |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| <b>SALDO POR EJECUTAR</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                                         |               |                                  | \$1,105,896   |                                                                                     |            |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                         |               |                                  | 94%           |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato <b>CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 91428410                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364                                               | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los veintisiete(27) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                       |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| carlos alberto corredor<br>1070020178<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | ENTREGA DE TURNO                                                          |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                          | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                         | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                           | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                          | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                        | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                       | CUANDO SE REQUIERAN                                                       |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                                    | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento                                                                           | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO                                               |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                               | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                              | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                            |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                   | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                  | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES                                                |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                         | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                              | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                              | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                                | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES                                                |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                 | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                | FORMATO INSTITUCIONAL                                                     |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                                           | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrat                                                                           | CUANDO SE REQUIERA                                                        |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                   | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                   | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                         | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                        | CUANDO SE REQUIERA                                                        |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                            | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                          | SISTEMA DE INFORMACION                                                    |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                     | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                                     | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                  | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                 | SISTEMA DE INFORMACION                                                    |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                   | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmenteC                                                                                                 | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)                       |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                 | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                 | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |

carlos alberto corredor  
1070020178  
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

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                   |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1018502309        | DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA |        | CR 81 B No 6 B 85 | 3202367745         | dlrl41098@gmail.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 (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 12/11/2025               | 91428410        | TOTAL A PAGAR \$469.000 |

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     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF21      | Cafam  | 860013570-3 | 28.500       | 0         | 0                 | 28.500        | 1             |

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 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                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión             | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                 | 1                              | 28.500                              | 28.500        |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES             | 4                              | 469.000                             | 469.000       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                   |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1018502309        | DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA |        | CR 81 B No 6 B 85 | 3202367745         | dlrl41098@gmail.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  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 12/11/2025               | 91428410        | \$469.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |          |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |          |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MAA | MAC | AVP | VCT | IRL   | CONEXIÓN | 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   | 1018502309            | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA | 59        | 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     | CCF21      | 1.423.500 | 28.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA**

**C.C 1.018.502.309**

La suma de \$ 760.716 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo del 2 al 27 de DICIEMBRE 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4055-2025

A handwritten signature in black ink that reads "Deisy Ramos". The signature is written in a cursive, flowing style.

**DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA**

**C.C 1.018.502.309**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**91257508957**



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                  | 1018502309            | RAMOS           | LOAIZA           | DEISY         | LILIANA        | 2025-11                   | Compensar | COTIZANTE       |
| CC                  | 1018502309            | RAMOS           | LOAIZA           | DEISY         | LILIANA        | 2020-01                   | Compensar | BENEFICIARIO    |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 8                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 05/2022              | 23               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 04/2022              | 6                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2021              | 13               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2020              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | 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*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 11/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | 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*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 02/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | 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.















DEGH

DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA

HISTORIAS CLÍNICAS

Buscar

Home

Procesos

Informes

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

Info General

Peso/Talla

Registro de Líquidos

Signos Vitales

Notas de Enfermería

Planilla de Medicamentos

Planilla de Suministros

Traslado Efectivo

Escala de Dolor / Wong Baker

Valoración Neurológica

Escala de Braden (Pediátrica)

Valoración Riesgo de Caídas

Paciente: 1221987514 - THIAGO ANDRÉS LOPEZ HERNÁNDEZ - Masculino - 4 Años / 6 Meses / 0 Días

Ingreso: 14020913 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBD329-B

Nombre

Estadomédico

Horario

Escala de dolor / Wong-Baker

Observaciones

RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA

00:00

Ninguna

Grabar

Cancelar

El campo ESCALA DE DOLOR debe tener un valor

| Fecha y hora     | Intensidad Dolor | Area de Servicio                        | Enfermer@                  |
|------------------|------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 18/12/2025 08:00 | 1 Sin Dolor      | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA HOSPITAL BOGA | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA |

10

20

40

Página 1 de 1 (1 ítem)

© 2025 Solares y Asociados de Colombia S.A.

DEMPRESO1 | Hospitalización - B037 - HOSPITAL BOGA | Versión: 2025 Upgrade 11 | Fecha: 20.10.57 M

13°C  
Mayorm, soleado

Buscar

ESP  
LAA

8:54 a. m.  
30/12/2023

LOGO

DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA

Perfil

Cambiar Contraseña

Consultar Procesos

Desbloquear Documentos

Acerca de

Cerrar Sesión

Informes

Tablero de control RT

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Series Sanguíneas

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RT

Info General

Peso/Talla

Registro de Líquidos

Signos Vitales

Notas de Enfermería

Planilla de Medicamentos

Planilla de Suministros

Tensiómetro Electrónico

Escala de Dolor / Wong-Baker

Valoración Neurológica

Escala de Braden (Pediatria)

Valoración Riesgo de Caída

Paciente: 1221087314 - THIAGO ANDRES LOPEZ HERNANDEZ - Masculino - 4 Años / 6 Meses / 0 Días

Ingreso: 14020918 - Hospitalario - Urgencias - Cama: H8PD326-B

Nombre

Horario: 07:00

Escala de Braden

1. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)

1 Completamente inmóvil

2 Muy Limitada

3 Ugeramente Limitada

4 Sin Limitaciones

2. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

1 Encamado

2 En Silla

3 Camina Ocasionalmente

4 Todos los pacientes demuestran jóvenes para caminar o camina frecuentemente

3. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión)

1 Completamente Limitada

2 Muy Limitada

3 Ugerente Limitada

4 Sin Limitaciones

4. HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

1 Piel Constante Húmeda

2 Piel muy Húmeda

3 Piel Ocasionalmente Húmeda

4 Piel Raramente Húmeda

5. FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO (Fricción ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo. Cizallamiento ocurre cuando la piel y la superficie de apoyo adyacente)

RIESGO UPP (TOTAL):

RIESGO

NO RIESGO

Grabar

Cancelar

Debe seleccionarse al menos un ítem.

Lista de Registros

Visor de Escala

Gráficos

| Fecha y hora     | Riesgo UPP Total | Nivel de Riesgo | Enfermer@                  | Área de Servicio                        |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 18/12/2025 08:00 | 24               | NO RIESGO       | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA | HOSPITALIZACION PEDIATRIA HOSPITAL BOGA |

10

23

40

Página 1 de 1 (1 ítem)

1

© 2025 Solentia y Asesoría de Colombia S.A.

DGEMPRESTH | Hospitalización - B037 - HOSPITAL BOGA | Versión: 3325 | Última Actualización: 26/10/2025

14°C  
Mayorm, soleado

Buscar

9:32 a. m.

18/12/2025



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

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

Auxiliar de enfermería

Sede de atención

Hospital de Bosa

Cual es su cargo o actividad en la institución?

Operativo asistencial

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Contrato por prestación de servicios

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

Menos de 1 año

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

Menos de 1 año



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

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

## Clima de seguridad del paciente 2025

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su  
actual profesión?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta  
institución?



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 cumplen con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                         | Nombre del archivo                  | Cargado por                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO 2025.pdf                | CUENTA MAYO 2025.pdf                | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JUNIO 2025.pdf               | CUENTA JUNIO 2025.pdf               | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO 2025.pdf               | CUENTA JULIO 2025.pdf               | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA AGOSTO 2025.pdf              | CUENTA AGOSTO 2025.pdf              | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf             | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf             | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf           | CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf           | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >