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:	Profesional Universitario II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
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:	$45,749,055
VALOR EJECUTADO	$45,749,055
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
92209624	$1,663,602	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,652

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre 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 Nueva Eps los dias 2, 9 y 12 de diciembre para concertacion de pagos.
Hacer acuerdos de pago y diligenciamiento de Ficha Técnica Mensual.	realizar cruces de cartera que generen acuerdos de pago	Se realizan cruces de cartera sin acuerdos de pago con Nueva Eps
Dar respuesta a compromisos establecidos con el pagador dando alcance a las actas firmadas.	Se realizar seguimiento a los comprimisos pactados con las Entidades	Se realiza envio de solictudes de las entidades como cartera de cajacopi, coosalud segun los comopromiso establecidado en mesas de circular 030
Realizar circularizaciones a todas las entidades a cargo, para solicitud de citas de conciliación, soportes y programación de pago.	Se realizan acciones de cobro persuasivo	se realizan cobros pesuasivos a las entidades a cargo
Hacer seguimiento de envió de comunicaciones y circularizaciones.	Revisar y realizar seguimoento a las entidades cobradas	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, Cajacop
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.	activiades realciondas con la gestion propia de cartera	Respuesta de informe de revisoria fiscal frente a circulirzacion junio 2025 asistencia a reuniones en la Subgerencia corporativa para el seguimiento de la gestion de cobro.

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 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 31 de diciembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1350-2025.

Karen J. Ortiz Gómez

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53132054	KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ	CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107	5648524	karen_ortiz17@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92209624	$630.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	48.800				48.800	0	0	48.800			488	48.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.000	0	0	12.000	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	48.800	48.800
CCF	1	12.000	12.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	630.800	630.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53132054	KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ		CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107	5648524	karen_ortiz17@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92209624	$630.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	53132054	ORTIZ GOMEZ KAREN JOHANNA	59	0			N																	230901	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	3	48.800	CCF24	2.000.000	12.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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