

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Jessica Alejandra Cely Castillo					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1022434575		
CORREO ELECTRONICO:	alejitacc1204@gmail.com			CELULAR:	3016828539		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 50 MEXICANA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	SU50A37	40	SU50A10	60			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488451011180			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		3476		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1208	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-12-01		2025-12-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	\$6,345,948	N/A
-------------------	-------------	---------------------	-------------	-----

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	\$6,345,948
VALOR EJECUTADO	\$6,345,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,345,948
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
92235722	\$2,538,379	\$317,297	\$406,141	3	\$61,835	\$785,273

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

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.	Se realiza la atención por medicina general a los pacientes agendados durante el presente periodo.	Historia Clínica
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	Se elabora la historia clínica de cada uno de los pacientes agendados para la atención de citas resolutiveas, control, crecimiento y desarrollo, binomio, prioritaria, vejez y gestantes durante el presente periodo.	Historia Clínica
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Planifiqué y organicé mi jornada laboral para cumplir con los tiempos asignados a cada paciente, brindando atención oportuna y de calidad en cada consulta.	Programación de agenda del mes de Diciembre
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Conocer e implementar los 4 inequívocos en salud, adaptar puntos plan mejora para llenar historia clínica	Adecuado llamado de pacientes en sala de espera, adecuar plan de mejora en historias clínicas
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	Se realiza la programación y cumplimiento de la atención médica correspondiente	Programación de agenda del mes de Diciembre
Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	Esta actividad no se presentó este mes.	Esta actividad no se presentó este mes.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Esta actividad no se presentó este mes.	Esta actividad no se presentó este mes.
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Se siguen las normas, guías y protocolos con el fin de garantizar adecuadamente la prestación del servicio.	Historia Clínica
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas"	Se realiza el reporte en "reporte suceso de seguridad": 94789	Registro: 94789
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Se realiza informe del periodo correspondiente al mes de Diciembre	Informe
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.	Se participa activamente en las capacitaciones citadas.	Asistencia a las capacitaciones programadas
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Se confirma informacion de paciente en historia clinica	Modificacion de datos de pacientes respecto a antecedentes
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Se realiza revisión y actualización de agenda con la líder del proceso.	Programación de agenda del mes de Diciembre
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Esta actividad no se presentó este mes	Esta actividad no se presentó este mes
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Velar por el uso adecuado de los equipos puestos a mi disposicion durante la consulta	Recibo y entrega de cosultorio
Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc	Se realiza entrega de la constancia de afiliación y pago de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales correspondientes al mes de Julio	Planilla de pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales del mes de Julio
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Durante el presente periodo no se presentó ningún caso fortuito o de fuerza mayor que haya impedido la asistencia a la consulta	Esta actividad no se presentó este mes
Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente.	Se siguen las normas y protocolos adecuadamente para evitar contagios tanto para el personal médico como para los pacientes.	Uso adecuado de bata y carnet institucional
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Brindarle atencion a pacientes que llegan solicitando, atender pacientes que requieran valoracion de urgencias	Evaluacion de factores de riesgo de cada paciente. Atencion pacientes 123

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **30/01/2026**.

RELACION DE CUENTAS 283102

Buscar


CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
283 102	3476	2025-12-01 / 2025-12-31	\$6,345,948	\$6,345,948	100	\$0	● APROBADA	 
276 665	3476	2025-11-01 / 2025-11-30	\$6,345,948	\$6,345,948	100	\$0	● APROBADA	 
272 979	3476	2025-10-01 / 2025-10-31	\$6,345,948	\$4,060,042	100	\$0	● APROBADA	 
267 762	3476	2025-09-01 / 2025-09-30	\$12,691,896	\$6,345,948	100	\$0	● APROBADA	 
261 245	3476	2025-08-01 / 2025-08-31	\$6,345,948	\$6,345,948	50	\$6,345,948	● APROBADA	 

Filas por página:

5

1 - 5 de 10

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022434575	JESSICA ALEJANDRA CELY CASTILLO		calle 5c #57a-26	3150640936	alejittacc1204@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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				
2025-12	2025-12	1	15/01/2026	92652366	\$836.200	

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	317.300	0		0		0	0	0	0	317.300	1

TOTALES PENSION

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	406.200	0	0	0	0	0	0	0	406.200	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	61.900				61.900	0	0	61.900			619	61.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	50.800	0	0	50.800	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	317.300	317.300
Pensión	1	406.200	406.200
Riesgos Laborales	1	61.900	61.900
CCF	1	50.800	50.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	836.200	836.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022434575	JESSICA ALEJANDRA CELY CASTILLO		calle 5c #57a-26	3150640936	alejittacc1204@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	15/01/2026	92652366	\$836.200		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1022434575	CELY CASTILLO JESSICA ALEJANDRA		57	0		N																	230301	2.538.379	406.200	0	0	0	0	EPS005	2.538.379	317.300	14-11	2.538.379	3	61.900	CCF22	2.538.379	50.800	0	0	0	0	0	

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBEA:

Jessica Alejandra Cely Castillo
c.c 1022434575 de Bogotá

La suma de \$ 6'345.948 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2026 por 186 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3476-2025



Jessica Alejandra Cely Castillo
c.c 1022434575 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 550488451011180