

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: | | Heidy liliana perdomo sanchez | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 1069755601 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lperdomosan@gmail.com | | | CELULAR: | 3219296826 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10I18 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 24101774750 | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------|-------------------------|---------------|-------|-------|-------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | | 3712 | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 2086 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Trabajador Social | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | | FECHA INICIAL | | HASTA | | FECHA FINAL |
| | | | 2025-12-01 | | | | 2025-12-31 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$3,725,766 | | | |
| 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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$34,733,734 |
| VALOR EJECUTADO | \$34,733,734 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$3,725,766 |
| 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 91565008 | \$1,490,306 | \$186,288 | \$238,449 | 3 | \$36,304 | \$461,041 |

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

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 |
|---|--|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa, Atención de los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. | Realizar la verificación de criterios de los pacientes asignados al programa de atención hospitalaria en casa. | Registro de traslados a los diferentes domicilios de los pacientes y unidades de salud. |
| Realizar las actividades clínicas de orientación al paciente, su familia y a comunidad en cuanto al concepto en relación a la pertinencia de su profesión | Atención adecuada y oportuna al paciente candidato a la hospitalización domiciliaria en casa, con enfoque integral en salud. | Diligenciamiento de evolución de trabajo social con la atención brindada y las observaciones de acuerdo a los criterios de ingreso a PHD en la historia clínica del aplicativo Dinámica Gerencial. |
| Promover el proceso de registro y captura adecuada de información para gestionar un adecuado servicio ciudadano | Diligenciamiento de los formatos establecidos para cada uno de los posibles candidatos a PHD, teniendo en cuenta claridad de la información, lenguaje técnico, letra legible, datos completos y descripción de observaciones. | Entrega de soportes en Historia clínica, así como el diligenciamiento de inicio de finalización de las actividades diarias y notificaciones que correspondan al caso de la subred integrada de servicios de salud sur occidente. |
| Apoyar el Sistema de Quejas y Soluciones (SDQS) y los demás requeridos para el funcionamiento de la política del servicio al ciudadano | Asistir de manera oportuna y adecuada el Sistema de quejas y soluciones (SDQS) para el funcionamiento de la política de servicio al ciudadano en el momento que lo requiera. | Contribuir en la entrega de información y apoyo de quejas y soluciones bajo la normatividad de la Subred Sur Occidente |
| Garantizar la entrega oportuna de reportes e informes de avances sobre actividades asignadas. | Elaboración y diligenciamiento de datos de actividades en informe al área encargada que solicite. | Entrega de informe de actividades al área encargada cuando lo solicite de acuerdo al diligenciamiento de DRIVE de PHD. |
| Realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias | Cumplir con las obligaciones y actividades previamente notificadas en el contrato. | Diligenciamiento claro de todos los formatos, historias clínicas, actividades, participación de capacitaciones, documentación completa o cualquier proceso que soliciten en la subred. |
| Brindar respuesta oportuna y seguimiento a usuarios con Barreras de Acceso a los servicios de salud, | Informar, notificar y atender las barreras de acceso a los servicios de salud minimizando los riesgos y efectuando la restitución de los derechos de los usuarios y la atención integral en salud. | Atención oportuna y respuesta de interconsulta de los pacientes de PHD, con seguimiento diario telefónico para verificación de atención adecuada y humanizada. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Consignar la información completa de cada atención en el formato de historia clínica, teniendo en cuenta el buen uso de la información y la confidencialidad con integridad de cada paciente. | Elaboración de evolución de trabajo social de historia clínica en cada uno de los candidatos a PHD interconsultados respondiendo bajo los criterios establecidos por el programa. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Diligenciamiento de los formatos y evolución en Historia clínica establecidos para cada uno de las interconsultas, teniendo en cuenta claridad de la información, lenguaje técnico, letra legible, datos completos y descripción amplia de la caracterización de vivienda, así mismo, la entrega de dichos informes al área encargada. | Evolución de trabajo social y formato de caracterización de vivienda en aplicativo Dinámica, así como el diligenciamiento de inicio de finalización de las actividades diarias a la subred integrada de servicios de salud sur occidente. |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Realizar evolución de valoración de criterios de ingreso a PHD, registro de caracterización de vivienda y seguimiento telefónico de los pacientes. | Folio de evolución de trabajo social en Historia clínica, entrega de turno y reporte de novedades de las actividades diarias. |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Cumplir de manera oportuna y responsable con las actividades programadas por la subred, tales como desarrollo de jornada laboral completa y asistencia a capacitaciones para el fortalecimiento de las competencias instituciones y profesionales. | Evidencia de participación y cumplimiento como lista de asistencia, pre test- pos test, como parte del proceso de formación continua y oportuna. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Realizar reporte en cada uno de los turnos designados de la información requerida como Notificación al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIM, SISVECOS, VESPA, entre otras). | Diligenciamiento en aplicativo dinámica o en físico de las fichas de notificación al sistema de vigilancia en salud pública. |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, | Notificar oportunamente las fallas en aplicativos dinámica y demás implementos utilizados en el Programa de hospitalización en casa. | Reporte en cada una de los turnos las novedades que impiden el buen funcionamiento del servicio. |

| | | |
|--|---|--|
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Reporte en cada una de las jornadas laborales de las novedades en el espacio | Entrega de formatos de Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, interconsulta, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica. |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Se realiza un seguimiento al paciente en el momento de la atención y hasta su salida del programa de PHD. | Revisión de criterios de continuidad en PHD, seguimiento telefónico, entrega de ordenes y formulas en el momento de la salida del programa. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informa a los familiares de cada uno de los pacientes, sobre su condición de salud, plan de manejo sugerido y la atención que se brindara por parte de PHD dando a conocer de manera detallada cada uno de los procesos a llevar a cabo. | En la entrega de Historia Clínica de valoración, consentimiento y desistimiento de valoración, interconsulta, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica, se deja detalladamente la información de cada intervención en cada uno de los ítems dispuestos para este proceso. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Se elabora informe mensual donde se indican las actividades realizadas, producto de las actividades, pago de seguridad social y formato establecido para cuenta de cobro, entregado al supervisor de contrato para la certificación de cumplimiento respectivo. | Entrega de informe mensual por medio de la plataforma SURESOC, para adelantar la respectiva revisión por parte del supervisor de contrato. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | Se realiza firma de recibido de los elementos y formatos entregados para la atención de paciente y elementos de protección personal para el correcto ejercicio de las actividades. | Soporte de recibido de los diferentes elementos para la atención de los pacientes de PHD. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Se realiza participación y escucha activa en las capacitaciones, reuniones, entre otras de la Subred Sur Occidente que fueron convocadas. | Firma de asistencia y diligenciamiento de pre test y pos test de la actividad. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Se recibió capacitación sobre los procedimientos establecidos por la Subred en el cumplimiento de las funciones asignadas y se inicio el apoyo a la implementación de los mismos por medio del ejercicio de las actividades diarias. | Se entrega la información correspondiente a cada paciente interconsultado cumpliendo con cada una de las condiciones orientadas por la subred. |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Se apoya a la subred en las actividades indicadas. | Diligenciamiento de asistencia y participación en las actividades designadas por la Subred. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se realiza afiliación y pago correspondiente a cada periodo del plan de seguridad social exigido por la Subred Sur Occidente, los cuales incluye seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales. | Se adjunto pago correspondiente a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizan las actividades descritas en el objeto del contrato por parte de la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente, en el ejercicio de mis funciones, cumpliendo con cada una de las especificaciones dadas para cada actividad. | Diligenciamiento de las diferentes bases de registro de atención, seguimiento y reporte de novedades de los pacientes aceptados y negados a PHD, con la evolución correspondiente en Dinámica. |
| Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo capacitaciones, | Se realiza actividades programadas con anterioridad por parte de líder del programa de PHD de la subred sur occidente. | Soporte de asistencia a cada uno de los turnos programados de acuerdo al cronograma previamente establecido. |
| Portar de manera decorosa las prendas institucionales, junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente | Se porta de manera decorosa uniforme que identifica la institución, junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. | Presentación adecuada en área de trabajo y áreas institucionales, donde se evidencia uso de carnet y uniforme. |
| Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad, | Usar de manera adecuada los elementos de protección personal en el ejercicio de mis funciones profesionales. | Soporte de firma por entrega de elementos de protección personal (tapabocas) en el ejercicio de mis funciones asignadas y porte correcto de los EPP en cada uno de mis turnos. |
| Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivez en el programa de salud mental, | Cumplir con las funciones asignadas con un enfoque colaborador y humano, por medio del trabajo en equipo, en apoyo al PHD. | Entrega oportuna y responsable de todas las actividades asignadas y formatos pertinentes para garantizar el pleno cumplimiento del contrato y funcionamiento del programa |
| Informe y registro oportuno de datos críticos, y Reporte y registro de sucesos de seguridad. | Reportar y registrar los sucesos de seguridad que se presenten en el PHD. | No se presentaron situaciones y/o sucesos para reportar. |

| | | |
|---|--|--|
| Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Se realiza revisión y diligenciamiento de formatos entregados para el ejercicio de funciones, tales como evolucion en historia clínica, captura de datos del evento intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – vigilancia epidemiológica, firmas de recorridos realizados a empresa de transporte, dentro de cada uno de los turnos asignados | Soporte de entrega de formatos y firmas correspondientes a cada uno de los protocolos asignados para el cumplimiento de las funciones. |
| Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | Se cumple con las disposiciones respectivas de seguridad de paciente, confidencialidad de la información de pacientes y protección de la integridad de cada uno de los pacientes a los cuales se brindó la atención y revision de criterios. | Se hace entrega de formatos y diligenciamiento de información completa, amplia y clara, al área encargada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente |
| Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Cumplir con todas las políticas y protocolos de calidad institucional . | Aplicar y cumplir con las normas, politicas y procesos que lleven y fomenten la calidad institucional. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Se realiza participacion y escucha activa en las capacitaciones, reuniones, entre otras de la Subred Sur Occidente que fueron convocadas. | Firma de asistencia y diligenciamiento de pre test y pos test de la actividad. |
| Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo “Fallidos y efectivos” por medio del aplicativo o en físico | Se registra por medio físico de manera oportuna cada uno de los desplazamientos realizados por el vehículo asignado, en cada uno de los turnos programados. | Soporte de registro físico por cada uno de los desplazamientos realizados por la móvil asignada para el cumplimiento de las funciones. |
| Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas | Se captura los soportes necesarios de paciente para realizar el debido proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones dadas en cada uno de los casos, de igual manera de adjunto soportes de la respectiva atención en dinamica. | Entrega de soportes al área encargada la cual es designada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente para el proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones |
| Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio | Se captura los soportes necesarios de paciente para realizar el debido proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones a cada paciente. | Entrega de soportes al área encargada la cual es designada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente para el proceso de autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones |
| Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, de la Subred. | Realizar participacion y diligenciamiento adecuado de cada actividad o proceso y dar cumplimiento a los planes, actividades, guías y protocolos de la Subred Sur Occidente. | Contribuir a un buen accionar de las actividades en pro de los planes, guías, protocolos y procedimientos de la Subred, de acuerdo a al diligenciamiento de cada formato o historia clínica que corresponda. |
| Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables al CONTRATISTA, en los eventos que corresponda | Identificar y responder por las glosas cuando se causen por razones impuntuales del contratista. | Responder por las glosas por razones impuntuales del contratista. |
| <p>CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA 52055407 Supervisor</p> | | |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> | | |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p> | | |

Medellin, 18 de diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ** con documento de identidad **C1069755601**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|---|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-03-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención 01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414
Línea de conciliación ARL 3103157562
segurossura.com.co arlsura.com

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1069755601 | HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ | | CRA 91A 73 37 | 6952697 | lperdomosan@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 15/01/2026 | 92463345 | \$464.200 | |

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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 186.300 | 0 | | 0 | | 0 | 10 | 1.200 | 0 | 187.500 | 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 | |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 238.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1.500 | 0 | 240.000 | 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 | 36.400 | | | | 36.400 | 10 | 300 | 36.700 | | | 364 | 36.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 10 | 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 | 186.300 | 187.500 |
| Pensión | 1 | 238.500 | 240.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.400 | 36.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 461.200 | 464.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1069755601 | HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ | | CRA 91A 73 37 | 6952697 | lperdomosan@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 | I | 15/01/2026 | 92463345 | \$464.200 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|-------|------|-----|-------------------|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1069755601 | PERDOMO SANCHEZ HEIDY LILIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.490.400 | 238.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.490.400 | 186.300 | 14-11 | 1.490.400 | 3 | 36.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
No NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ
C.C 1069755601 DE FUSAGASUGA

La suma de \$3.725.766 por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de asistencial 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 del 1 al 31 de diciembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3712-2025



HEIDY LILIANA PERDOMO SANCHEZ
C.C. 1069755601 DE FUSAGASUGÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24101774750