

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA		Ak 86 #17-96	3116034304	ximenagaloaiza@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86009311	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$754.000	

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	302.800	0		0		0	8	1.800	0	304.600	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	387.600	0	0	0	0	8	2.300	0	389.900	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	59.100				59.100	8	400	59.500			591	59.500	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	302.800	304.600
Pensión	1	387.600	389.900
Riesgos Laborales	1	59.100	59.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	749.500	754.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA		Ak 86 #17-96	3116034304	ximenagaloiza@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86009311	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$754.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 1010117966	GARCIA LOAIZA XIMENA ALEXANDRA		59	0			N								X								230301	2.422.256	30	387.600	0	0	0	0	EPS008	2.422.256	30	302.800	14-11	2.422.256	30	3	59.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

← Evaluación de la Entidad Estatal →

Datos guardados

[Cancelar](#)

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recapitón 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 cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

[Crear](#)

Documentos de ejecución del contrato

checkbox	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	EJECUCION MES DE ENERO.pdf	EJECUCION MES DE ENERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	EJECUCION MES DE ABRIL.pdf	EJECUCION MES DE ABRIL.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#) ← Evaluación de la Entidad Estatal →

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

DEBE A: XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA
CC. 1010117966 DE BOGOTÁ

La suma de \$6.536.412 por concepto de honorarios del mes de Mayo, del 01 de Mayo de 2026 al 31 de Mayo de 2026 conformidad con lo establecido en el contrato 1275-2026.

XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA
CC. 1010117966
Cuenta de ahorro Banco Bancolombia
No CUENTA 198-543404-61

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:		Ximena Alexandra García Loaiza					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1010117966		
CORREO ELECTRONICO:	ximenagaloiza@gmail.com			CELULAR:	3222502626		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		19854340461			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		1275		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17899	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$6,536,412

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:	\$6,536,412
VALOR EJECUTADO	\$6,536,412
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,536,412
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
86009311	\$2,445,643	\$305,705	\$391,303	3	\$59,576	\$756,584

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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	Realizar evaluaciones médicas diarias a los pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionales	pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionales Realizar evaluaciones médicas diarias
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	ligenciar y mantener actualizados los formatos de historia clínica	Historia clínica digital o física conforme a la normatividad vigente
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	Organizar una agenda diaria con las consultas programadas y tareas administrativas	Uso de una herramienta de planificación (aplicaciones como Google Calendar o un cuaderno de notas)
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Identificar áreas de mejora en los procesos y proponer acciones correctivas en reuniones de equip	Informe de planes de mejora con indicadores medibles
Realizar la referencia y la contrarreferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Registro digital o físico de los eventos reportado
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Registro digital o físico de los eventos reportado	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecut	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Consultar y actualizarse regularmente en las guías de manejo para cada patología prevalente en la institución	Informar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Formato de notificación de incidentes de seguridad diligenciado y enviado	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Documentación actualizada de protocolos y guías clínica	Informar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Preparar informes quincenales o mensuales con los indicadores de gestión y casos atendido	Preparar informes quincenales o mensuales con los indicadores de gestión y casos atendido
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	Registro digital o físico de los eventos reporta	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Reporte diario de estado de la agenda de servicios
Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocolo	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocolo
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	pacientes y comunicar cambios al supervisor	Reporte diario de estado de la agenda de servicios
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	el tratamiento acorde con la patología diagnosticada Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención	Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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