| 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: | ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030570201 | |
| CORREO ELECTRONICO: | astridclavijo16@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7766977 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10L07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4529088103 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2138 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1080 | FECHA | 2026-05-11 14:54:34.000 | NÚMERO DE CRP | 17927 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | BACTERIOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,951,570 | | | | |
| 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: | $23,964,360 |
| VALOR EJECUTADO | $20,012,790 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,951,570 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,951,570 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 84% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1081794773 | $1,580,628 | $197,579 | $252,900 | 3 | $38,504 | $488,983 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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 |
|---|---|---|
| Apoyar la realización de las actividades y procedimientos diagnósticos ordenados por el profesional tratante | Prestación de servicios profesionales como bacterióloga para la realización de las actividades y procedimientos diagnósticos ordenados por el profesional tratante | Validación de los resultados acorde a la solicitud por medio de orden médica, generada por el profesional tratante. |
| Apoyar la realización oportuna de exámenes básicos y especializados | Procesamiento en el tiempo oportuno de exámenes básicos y especializados requeridos en cada uno de los pacientes. | Resultados validados dentro de los tiempos de oportunidad estipulados . |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio. | Consignar la información requerida en los libros oficiales destinados a los reportes de interés institucional. | Inscripción de la información necesaria en los libros de reportes institucional. |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Elaboración de documentos relacionados con la facturación, estadística y libros de registro. | Libros de registro y documentos con información de facturación, estadística de forma legible y ordenada |
| Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios en los diferentes servicios de la Subred | Descarga la impresión de resultados de laboratorio solicitados por los pacientes en la subred | Resultados de laboratorio entregados a los pacientes, cuando sean solicitados en los puntos de atención de la subred |
| Participar en la programación de actividades de su servicio. | Colaborar y ser partícipe de las actividades según programación del servicio. | Intervención dentro de las actividades programadas en el servicio. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Realizar reporte de los eventos de importancia según lo estipulado en las normas vigentes. | Documentos con los registros y número de radicado de los eventos de notificación obligatoria |
| 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. | Intervenir en procesos de auditoría y análisis, con el fin de detectar posibles deficiencias en la calidad del servicio. | Planes de mejora continua, posterior a la detección de falencias en los procesos de calidad del servicio. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Adoptar los requerimientos estipulados en la normativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. | Acatamiento según las directrices de la subred lo relacionado con la legislación Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Realización de informe mensual de actividades, para entrega de certificación por parte del supervisor del contrato. | Entrega de informe mensual de las actividades realizadas al supervisor de contrato, con certificación de cumplimiento por parte del mismo. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Colaborar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Los elementos encomendados para la realización de las actividades laborales, serán entregados al momento de la terminación unilateral del contrato. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Informarnos y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Apoyarse en los procedimientos y los protocolos de la subred y además de implementación de los mismos. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Ayudar a la subred en las diferentes actividades según requerimiento interinstitucionales y extra institucionales | Disposición en las actividades según el requerimiento interinstitucional y extra institucional. |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Informar las actividades realizadas en el laboratorio según la prestación de servicio de acuerdo con la información de la subred | Generar evidencia en cada uno de los documentos según el sistema de información de la subred relacionada a las actividades en la prestación de servicio |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Identificar y mantener actualizado el registro diario de actividades en los formatos establecidos para dicho fin. | Registro en los formatos establecidos de las hojas de trabajo diaria y entregas de Turno. |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Trabajar en la supervisión de los contratos designados para el laboratorio. | Informe del estudio de pertenecía de la documentación contractual designados al laboratorio. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Realización cada mes el pago correspondiente a las prestaciones sociales según la base de liquidación del contrato. | Entrega de soporte de pago de prestaciones sociales con número de planilla para su verificación. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Culminar cada una de las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato según los fines del laboratorio. |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-06-25, 09:37:37 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1081794773 **Referencia pago(PIN)** 8823852402

**Periodo Cotización** 202605 **Periodo Servicio** 202605

**Cliente:**

## PAGADA 2026-06-01 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA | | | | |
| **Documento** | CC 1030570201 | **Dirección** | CLL 57 F N 79 22 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3222115571 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1030570201 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | CLAVIJO VIGOYA ASTRID JOHANNA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.534.574 | 231001 | | 16 % | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.750.905 | $ 42.700 | CCF21 | 0,6 % | $ 1.750.905 | $ 10.600 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | CAFAM | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 10.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 552.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR**

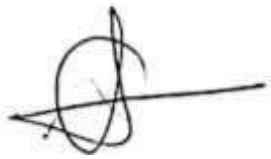
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

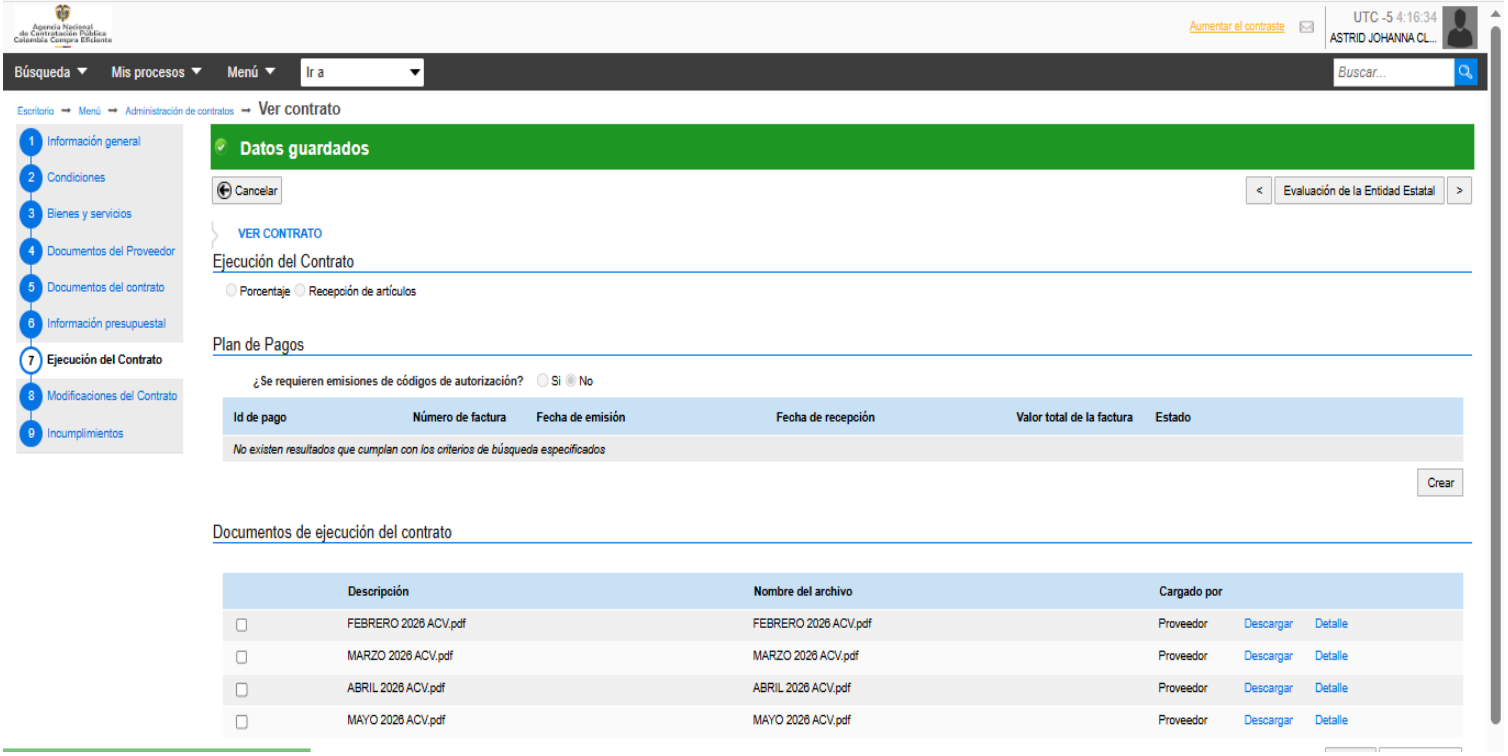
**ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA**
**C.C 1.030.570.201 DE BOGOTÁ D.C.**

La suma de $3.951.570 (TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE), por concepto de: Prestar servicios profesionales como Bacterióloga a la gestión asistencial en el área de Laboratorio 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 1 al 30 de Junio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2138-2026.

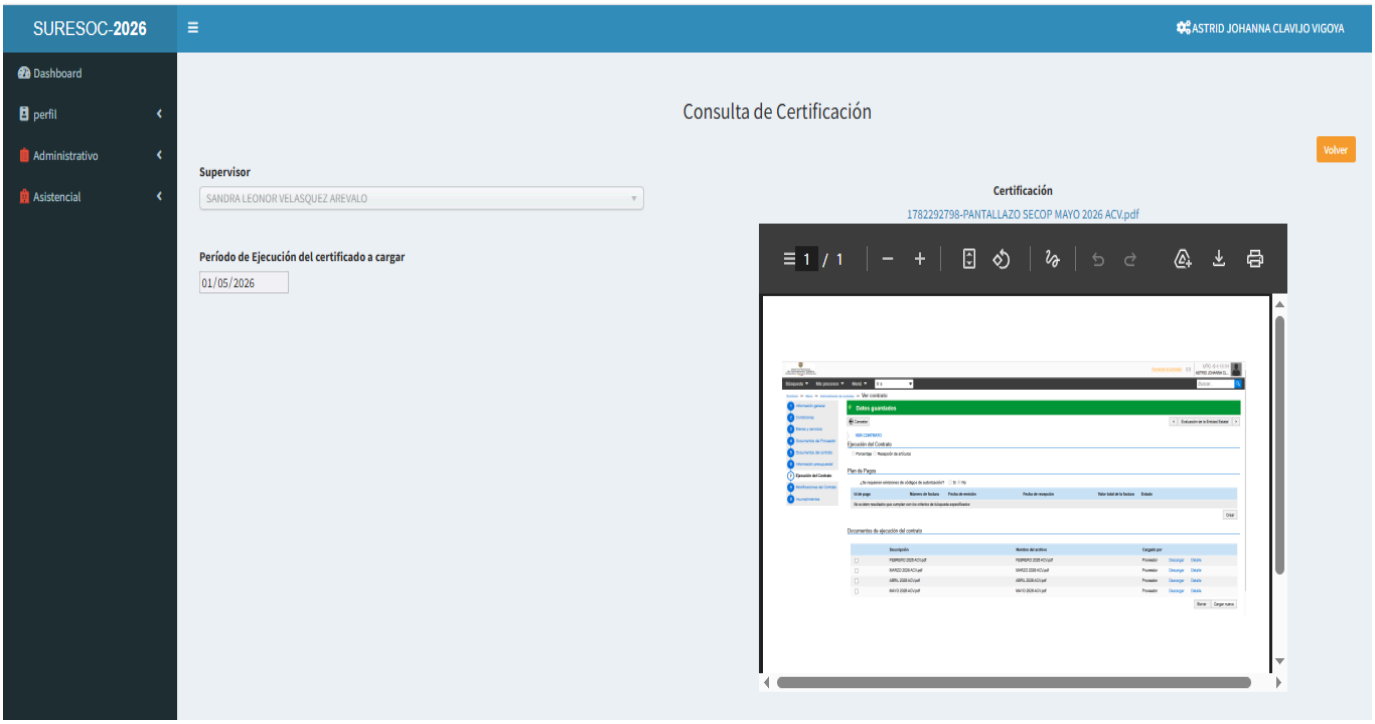


**ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA**
**C.C 1030570201 DE BOGOTÁ D.C.**
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**
**NUMERO 04529088103**

**PANTALLAZO SECOP**



**PANTALLAZO SURESOC**



# *Astrid Johanna Clavijo Vigoya*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

## Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

10 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=b8d746d1-297b-4d6c-9a66-73f60363bd61

Medellín, 24 de junio de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ASTRID JOHANA CLAVIJO VIGOYA identificado(a) con C1030570201 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10305702012617514918

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jun-2026

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1030570201 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** Calle 57 F sur N° 79-22 **Teléfonos** 3222115571 3222115571

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 46.549.766,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 46.549.766,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 488410259144 | calle 98 | $ 0,00 |
| Bancolombia | Cuenta de ahorros | 04529088103 | kennedy | $ 7.833.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Vehiculo | kymco Urban S 2020 | $ 5.260.000,00 |
| Casa | CALLE 57 F SUR #79-22 | $ 234.657.000,00 |
| Vehiculo | CHEVROLET SPARK GT | $ 17.926.000,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| banco falabella | Seguro Todo Riesgo | $ 1.500.000,00 |
| BANCO FALABELLA | TARJETA DE CREDITO | $ 11.596.275,00 |
| SANITAS PREMIUM | MEDICINA PREPAGADA | $ 637.200,00 |

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | **C.C** ◯ **C.E** ◯ **T.I.** ◯ | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

Firma electrónica:
ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA 24/06/2026 09:04:52

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2026

**CIUDAD Y FECHA**