| 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: | nazly yuliana gomez paz | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1013689923 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nazlygomez21@gmail.com | | | | CELULAR: | 3132391299 3134414328 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS 105 CATALINA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | SU48L07 | 25 | PA31L07 | 25 | SU41L02 | 50 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 14101503136 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2105 | | | VIGENCIA | | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1571 | FECHA | 2026-07-16 14:59:35.000 | NÚMERO DE CRP | 24399 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE LABORATORIO | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,572,380 | | | | | |
| 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: | $18,006,660 |
| VALOR EJECUTADO | $15,433,830 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,572,380 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,572,830 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1082628213 | $1,028,952 | $128,619 | $164,632 | 3 | $25,065 | $318,317 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados | Ayudar oportunamente en la toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados | Se apoya en la toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados. |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio | Consignar datos correctamente en los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio. | Se diligencian los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio. |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Gestionar correctamente documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Se registran atentamente documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. |
| Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred. | Se registran atentamente documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Se entregan los reportes de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred. |
| Brindar en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado. | Proporcionar de forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado. | Se presta de forma oportuna y diligente la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Tramitar de forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento | Asistir en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Se ayuda activamente en 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 | Preparar los informes mensuales sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Se hacen y entregan los informes mensuales sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Garantizar que los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato, estén en buen estado. | Se entregan correctamente los elementos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Intervenir activamente en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Se participa y contribuye en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea conveniente. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Informar sobre las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar lasacciones de mejora definidas para el servicio. | Se comunican las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Comprender y poner en práctica los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de estos. | Se estudia y da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de estos. |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Asistir a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Se ayuda activamente a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Consignar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Se deja evidencia escrita de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Proporcionar oportunamente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Se entrega en físico la constancia del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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** 2026-07-27, 06:37:41 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082628213

**Periodo Cotización** 202606 **Periodo Servicio** 202606

## PAGADA 2026-07-08 19:08:55.0 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NAZLY YULIANA GOMEZ PAZ | | | | |
| **Documento** | CC 1013689923 | **Dirección** | DG 38D #1 - 05 ESTE | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3132391299 | | |
| **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 1013689923 | | **Residente** | | **Exonerado** | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | N | GOMEZ PAZ NAZLY YULIANA | 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 | | | $ 1.750.905 | 230201 | | 16 % | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.750.905 | $ 42.700 | CCF24 | 2 % | $ 1.750.905 | $ 35.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 576.900 |



**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 FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NAZLY YULIANA GOMEZ PAZ**

**C.C 1.013.689.923 DE BOGOTA D.C.**

La suma de $2.572.380 (dos millones quinientos setenta y dos mil, trescientos ochenta pesos m/cte.) por concepto de 186 horas asistenciales como auxiliar de laboratorio clínico durante el periodo del 01 al 31 de julio del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2105-2026.



**NAZLY YULIANA GOMEZ PAZ**

**C.C 1.013.689.923 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 141-015031-36**

5471a3a5-ab0d-41f6-be42-355918fd1282

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

## *Nazly Gomez*

ha participado y aprobado el:

## Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 88,00 %

27 de julio 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=5471a3a5-ab0d-41f6-be42-355918fd1282

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción 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

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PDF ENERO 2026.pdf | PDF ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PDF FEBRERO 2026.pdf | PDF FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PDF MARZO.pdf | PDF MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pdf junio.pdf (Archivado) | pdf junio.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pdf abril 2026.pdf | pdf abril 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pdf mayo.pdf | pdf mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | pdf junio 2026.pdf | pdf junio 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >