| 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: | LEIDY CAROLINA ALCALA ROCHA | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1018488792 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | caroalcala9608@gmail.com | | | | CELULAR: | 3133716972 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG CONSULTA URGENCIAS USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO03B01 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO FALABELLA S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 111050225501 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1876 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1715 | FECHA | 2026-08-13 15:55:13.000 | NÚMERO DE CRP | 30243 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $8,372,364 | | | | | | |
| 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: | $67,799,732 |
| VALOR EJECUTADO | $60,164,538 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $8,372,364 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7,635,194 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 94348494 | $3,151,949 | $393,994 | $504,312 | 3 | $76,781 | $975,087 |

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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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 |
|---|---|---|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías de acuerdo a los lineamientos definidos por la subred para los traslados internos CREAT. | Realización de triaje, consulta de urgencias y procedimientos de estabilización. | Evoluciones en Historia Clínica (HC) y órdenes médicas. |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Diligenciamiento integral del ingreso, examen físico y plan de manejo inicial. | Historias clínicas cerradas y firmadas digitalmente. |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 | Registro de procedimientos (CUPS) y diagnósticos (CIE-10) para facturación inmediata. | Reporte de RIPS o censo diario de urgencias. |
| 4) Participar en la programación de actividades del área. | Asistencia a la entrega de turno y organización de la operatividad del servicio. | Acta de entrega de turno o cuadro de turnos. |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | Reporte inmediato de eventos SIVIGILA (ej. accidentes rábicos, violencia de género, intoxicaciones). | Fichas de notificación epidemiológica radicadas. |
| 6) 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. | Reporte de incidentes en el servicio (ej. caídas de pacientes o demoras en insumos). | Formato de reporte de eventos adversos. |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Delegación de toma de paraclínicos y administración de medicamentos a enfermería. | Notas de enfermería con órdenes ejecutadas. |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Verificación de la claridad en fórmulas de salida y órdenes de interconsulta. | Auditoría de calidad del registro clínico. |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento de la Subred. | Explicación de riesgos en suturas, punciones o administración de medios de contraste. | Formatos de consentimiento debidamente firmados. |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Revaloración periódica de pacientes en observación para definir conducta. | Notas de revaloración médica en la HC. |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Comunicación del estado de salud y conducta (alta, observación o remisión) al acompañante. | Registro de la información familiar en la evolución. |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Elaboración de justificaciones para traslados primarios o remisiones a nivel superior. | Formato de referencia (anexo 9) o concepto médico. |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Adherencia a protocolos de urgencias (ej. Código Infarto, Código Azul o Sepsis). | Registro clínico alineado a protocolos institucionales. |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Consolidación de pacientes atendidos y actividades administrativas del mes. | Informe mensual de actividades firmado. |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Uso adecuado del carro de paros, laringoscopio y equipos biomédicos del área. | Inventario o reporte de estado de equipos. |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participación en simulacros de reanimación o capacitaciones de la Subred. | Listados de asistencia o certificados. |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Aplicación de criterios institucionales para el ingreso o traslado interno de pacientes. | Epicrisis de traslado o notas de ingreso. |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Colaboración en jornadas de contingencia o apoyo a otros servicios saturados. | Registro de asistencia o nota de apoyo. |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Alimentación del sistema de información institucional con datos de atención. | Captura de pantalla o base de datos de atenciones. |
| 20) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Pago de aportes a salud, pensión y riesgos profesionales (ARL). | Planilla PILA de pago mensual. |
| 21) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Ejecución de cualquier otra tarea solicitada por el jefe de urgencias acorde al contrato. | Evidencia documental (correo, memorando o nota). |

Copia Controlada Subred Suroccidente

Luz Dary Castro Herran
52456529
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LEIDY CAROLINA ALCALA ROCHA**

**C.C. 1.018.488.792 DE BOGOTA**

La suma de **($8.372.364.oo**) pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesiones especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina como MEDICO 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 Agosto de 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **1876 - 2026**.



**LEIDY CAROLINA ALCALA ROCHA**

**C.C. 1.018.488.792 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA**

**NUMERO 111050225501**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018488792 | LEIDY CAROLINA ALCALA ROCHA | CLL 152 # 56-72 | 7024382 | CARO_ALCALA96@HOTMAIL.ES | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94348494 | 18/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $3,153,000 | $1.038.700 | |

## 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 | 394.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 394.200 | 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 | 504.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 504.500 | 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 | 76.900 | | | | 76.900 | 0 | 0 | 76.900 | | | 769 | 76.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 63.100 | 0 | 0 | 63.100 | 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 | 394.200 | 394.200 |
| Pensión | 1 | 504.500 | 504.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 76.900 | 76.900 |
| CCF | 1 | 63.100 | 63.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 1.038.700 | 1.038.700 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018488792 | LEIDY CAROLINA ALCALA ROCHA | CLL 152 # 56-72 | 7024382 | CARO_ALCALA96@HOTMAIL.ES | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94348494 | 18/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $3,153,000 | $1.038.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excarcelado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | 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 1018488792 | ALCALA ROCHA LEIDY CAROLINA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.153.000 | 30 | 504.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.153.000 | 30 | 394.200 | 14-11 | 3.153.000 | 30 | 3 | 76.900 | CCF24 | 3.153.000 | 30 | 63.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información