



| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC              | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------|
| CC                  | 1012324909            | OTALORA         | ESPITIA          | YOHANA        | CRISTINA       | 2024-04                   | EPS COMPENSAR        | COTIZANTE       |
| CC                  | 1012324909            | OTALORA         | ESPITIA          | YOHANA        | CRISTINA       | 2018-02                   | EPS COMPENSAR        | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 1012324909            | OTALORA         | ESPITIA          | YOHANA        | CRISTINA       | 2017-06                   | CAFESALUD E.P.S.S.A. | COTIZANTE       |

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Días Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2021              | 23               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2021              | 12               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| EPS COMPENSAR | 05/2021              | 18               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| EPS COMPENSAR | 03/2021              | 4                | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| EPS COMPENSAR | 03/2021              | 26               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2019              | 9                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2019              | 19               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2019              | 28               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2018              | 4                | COTIZANTE     | Pago con cotización |



| EPS/EOC              | Periodos Compensados | Días Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|----------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR        | 11/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 10/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 09/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 08/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 03/2018              | 27               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 02/2018              | 5                | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 01/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 12/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 11/2017              | 10               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 10/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 09/2017              | 11               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 08/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR        | 07/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 03/2017              | 14               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 12/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 11/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 10/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 09/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 08/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 07/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 06/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 04/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 03/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 02/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



| EPS/EOC              | Periodos Compensados | Días Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|----------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 01/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 12/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 11/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 10/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 09/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 08/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 07/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 06/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 05/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 04/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 03/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 02/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 01/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 12/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 11/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 10/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 09/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 08/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 07/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 06/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 05/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 04/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 03/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 02/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 01/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 12/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 11/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 10/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 09/2013              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S.S.A. | 04/2013              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

Fecha Reporte: 17/06/2024

Este reporte fue descargado de la pagina web  
www.adres.gov.co

Pagina 4 de 5

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                 |            |                 |                    |                     |                     |           |                       |
|-----------------------------------|---------|---------------------------------|------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                    |            | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono  | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1012324909                     |         | OTALORA ESPITIA YOHANA CRISTINA |            | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Cra 77h #65l 25 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7761762   | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                 |            |                 |                    |                     |                     |           |                       |
| Periodo                           |         | Clave                           |            | Tipo            | Fecha              |                     | Pago                |           |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                            | Planilla   | Planilla        | Limite             | Pago                | Banco               | Dias Mora | Valor                 |
| 2024-08                           | 2024-08 | 911092042                       | 9471296553 | I               | 2024/09/04         | 2024/09/13          | NEQUI               | 9         | \$405.000             |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$208,000       | \$1,400        | \$0                    | \$209,400     |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$208,000       | \$1,400        | \$0                    | \$209,400     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$31,700        | \$300          | \$0                    | \$32,000      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$31,700        | \$300          | \$0                    | \$32,000      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$162,500       | \$1,100        | \$0                    | \$163,600     |
| COMPENSAR                | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$162,500       | \$1,100        | \$0                    | \$163,600     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$402,200       | \$2,800        | \$0                    | \$405,000     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                 |                 |                    |                     |                     |          |                       |           |
|-----------------------------------|---------|---------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1012324909                     |         | OTALORA ESPITIA YOHANA CRISTINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Cra 77h #651 25 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7761762  | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                 |                 |                    |                     |                     |          |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                           |                 | Tipo               | Fecha               |                     | Pago     |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                            | Planilla        | Planilla           | Limite              | Pago                | Banco    | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-08                           | 2024-08 | 911092042                       | 9471296553      | I                  | 2024/09/04          | 2024/09/13          | NEQUI    | 9                     | \$405,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |                |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION        |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo         | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$31,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$31,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$31,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1012324909 | OTALORA YOHANA | 25-14 | 30          | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS008 | 30          | \$1,300,000 | \$162,500 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$1,300,000 | \$31,700     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$31,700    |              | \$0 | \$0    |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                      |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                               |                   |                                      |                        |                                 |                 | Versión: 3                     |             |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                      |                        |                                 |                 | Fecha de aprobación: 2/15/2018 |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                      |                        |                                 |                 | Código: 04-02-FO-0002          |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                      |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                      |                        | yohana cristina otalora espitia |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   | C.C                                  | X                      | C.E                             | No.             |                                | 1012324909  |                                                                                     |                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | sofia108@hotmail.com                 |                        |                                 | CELULAR:        |                                | 7761762     |                                                                                     |                            |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                      |                        |                                 | SUBRED          |                                |             |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   | URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA |                        |                                 | SEDE:           |                                | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                    |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37B01           | 100                                  |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTA                      |                        |                                 | TIPO DE CUENTA: |                                | AHORRO      |                                                                                     |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 796042547                            |                        |                                 |                 |                                | PENSIONADO  |                                                                                     | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                      |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4329                                 |                        |                                 | VIGENCIA        |                                | 2024        |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1922                                 | FECHA                  | 2024-08-30<br>15:03:55.000      | NÚMERO DE CRP   |                                | 56249       | FECHA                                                                               | 2024-08-31<br>22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA               |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                      | DESDE                  | FECHA INICIAL                   |                 | HASTA                          | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                      |                        | 2024-08-01                      |                 |                                | 2024-08-31  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                      |                        | \$1,893,600                     |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                      |                        |                                 |                 | \$13,192,080                   |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                      |                        |                                 |                 | \$13,192,080                   |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                      |                        |                                 |                 | \$1,893,600                    |             |                                                                                     |                            |
| 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                  |             |                                                                                     |                            |
| 9470136911                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                            | \$145,364              | 3                               | \$22,132        | \$281,062                      |             |                                                                                     |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                                      |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |
| VANESSA MORALES HOYONES<br>52078629<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                      |                        |                                 |                 |                                |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS                                     | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |
| Recibí y entregue turno según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. En URGENCIAS                                                                                                                        | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |
| Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo. En URGENCIAS | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |
| Cumplí con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir. URGENCIAS                                                                                                                                                                 | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |
| Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                  | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |
| Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. En URGENCIAS                                                                                                                                       | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en URGENCIAS | historia clinica del mes de agosto |

VANESSA MORALES HOYONES  
52078629  
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



⬅ Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

[VER CONTRATO](#)

### Ejecución del contrato

*blanco*

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

### Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

blanco

|                          | Descripción                                                          | Nombre del archivo                                          | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA COBRO CTO 4320-2024 YOHANA OTALORA.pdf                        | CUENTA COBRO CTO 4329-2024 YOHANA OTALORA.pdf               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro 4320-2024 Marzo Yohana otalora.pdf                   | cuenta de cobro 4320-2024 Marzo Yohana otalora.pdf          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Cuenta de cobro #4329-2024 abril de Yohana otalora .pdf              | Cuenta de cobro #4329-2024 abril de Yohana otalora .pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro 4329-2024 Yohana otalora mayo.pdf                    | cuenta de cobro 4329-2024 Yohana otalora mayo.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro 4329-2024 junio Yohana otalora .pdf                  | cuenta de cobro 4320-2024 junio Yohana otalora .pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | cuenta de cobro 4329-2024 de junio de Yohana otalora pdf (Archivado) | cuenta de cobro 4329-2024 de junio de Yohana otalora pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro 4329-2024 de julio de Yohana otalora(1).pdf          | cuenta de cobro 4329-2024 de julio de Yohana otalora(1).pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Cuenta de cobro 4329-2024 del mes de agosto Yohana otalora           | 202413.pdf                                                  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borror

[Cargar nuevo](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

# ASEGURATE MES DE AGOSTO 2024

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)