

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

**DEBE A:**

**EUNICE CONTRERAS ORTIZ**  
**C.C 51.967.769 DE BOGOTA DC.**

La suma de DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MTE/C 2.061.438, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial enero, como Auxiliar De Enfermería. Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2718-2024.



**EUNICE CONTRERAS ORTIZ**  
**CC. 51.967.769 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS**  
**447064809**  
**BANCO DE BOGOTA**



|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | EUNICE CONTRERAS ORTIZ |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-51967769            |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                      |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                      |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2024-03-12             |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2024-03-15             |
| FECHA DE PAGO:               | 2024-03-11             |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DE BOGOTA        |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2024-02                |
| PERÍODO SALUD:               | 2024-02                |
| NÚMERO PLANILLA:             | 8629425725             |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                      |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 8616192670             |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                      |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE    | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS017         | 830003564 | FAMISANAR | 1                | \$ 1.300.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 162.500                | \$ 162.500  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR  | 1                | \$ 1.300.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 208.000                | \$ 208.000  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA  | 1                | \$ 1.300.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 31.700                 | \$ 31.700   |
| Total a pagar  |           |           |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 402.200                | \$ 402.200  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/04/2024 |
|----------------------------------|------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                          |                                                           |                        | Versión             | 3             |                         |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |                         |                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                                                              |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | EUNICE CONTRERAS ORTIZ                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                       | X                      | C.E                 | No.           |                         | 51967769                                                                                                                     |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | eucontrerasortiz@gmail.com                                |                        |                     | CELULAR:      |                         | 7923151                                                                                                                      |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           |                        |                     | SUBRED        |                         |                                                                                                                              |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                     | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                                                                       |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10I06           | 100                      |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTA          |                                                           |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |                                                                                                                              |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 447064809                                                 |                        |                     |               | PENSIONADO              | NO                                                                                                                           |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2718                     |                                                           |                        | VIGENCIA            |               | 2024                    |                                                                                                                              |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 328               | FECHA                    | 2024-01-20 16:49:01.000                                   | NÚMERO DE CRP          | 14973               | FECHA         | 2024-02-01 13:00:00.000 |                                                                                                                              |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                     | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           | 2024-02-01             |                     |               | 2024-02-29              |                                                                                                                              |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           | \$2,061,438            |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                        |                     | \$21,541,032  |                         |                                                                                                                              |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                        |                     | \$4,122,876   |                         |                                                                                                                              |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                        |                     | \$2,061,438   |                         |                                                                                                                              |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                        |                     | \$17,418,156  |                         |                                                                                                                              |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                        |                     | 19%           |                         |                                                                                                                              |  |
| El intervisor 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           |                                                                                                                              |  |
| 8628940799                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                                           | \$145,364              | 3                   | \$22,132      | \$281,062               |                                                                                                                              |  |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                          |                                                           |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |  |
| DIANA CAROLINA MONTERO CORTES<br>1024465143<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                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. |
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                           | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                         |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                            | Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                            | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                          |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                         | Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                         | Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                      |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                                     | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                                     | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                              |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                                | Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                                | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                              |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                    | Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                    | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                  |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                          | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                          | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                        |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                               | Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                               | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                             |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                 | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                               |

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES  
1024465143  
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

| CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS       |                      |                 |                  |               |                |                           |                      |                 |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------|
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO     |                      |                 |                  |               |                |                           |                      |                 |
| TIPO IDENTIFICACION                 | NÚMERO DE DOCUMENTO  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC            | TIPO AFILIACIÓN |
| CC                                  | 51967769             | CONTRERAS       | ORTIZ            | EUNICE        |                | 2024-01                   | FAMISANAR E.P.S.     | COTIZANTE       |
| CC                                  | 51967769             | CONTRERAS       | ORTIZ            | EUNICE        |                | 2018-09                   | MEDIMAS EPS S.A.S    | COTIZANTE       |
| CC                                  | 51967769             | CONTRERAS       | ORTIZ            | EUNICE        |                | 2017-07                   | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE       |
| CC                                  | 51967769             | CONTRERAS       | ORTIZ            | EUNICE        |                | 2013-11                   | CAFESALUD E.P.S S.A. | BENEFICIARIO    |
| INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS |                      |                 |                  |               |                |                           |                      |                 |
| EPS / EOC                           | PERÍODOS COMPENSADOS |                 | DÍAS COMPENSADOS |               | TIPO AFILIADO  |                           | OBSERVACIÓN *        |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 01/2024              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 12/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 11/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 10/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 09/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 08/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 07/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 06/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 05/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |
| FAMISANAR E.P.S.                    | 04/2023              |                 | 30               |               | COTIZANTE      |                           | Pago con cotización  |                 |