

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | YARI PAHOLA NEUQUE URREA                                |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                     | X                      | C.E                 | No.           |                         | 53134502                                                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | yaripahola2010@hotmail.com                              |                        |                     | CELULAR:      |                         | 3212774521                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                         |                        |                     | SUBRED        |                         |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA |                        |                     | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37I03           | 100                      |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                         |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 550488442224561                                         |                        |                     |               | PENSIONADO              |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2777                     |                                                         |                        | VIGENCIA            |               |                         | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2508              | FECHA                    | 2024-11-30 07:21:37.000                                 | NÚMERO DE CRP          | 72396               | FECHA         | 2024-11-30 22:16:25.000 |                                                                                                                              |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                   | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         | 2024-11-01             |                     |               | 2024-11-30              |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                         | \$2,526,923            |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                         |                        |                     | \$27,330,768  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |                        |                     | \$25,734,726  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                         |                        |                     | \$2,526,923   |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                         |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                         |                        |                     | \$1,596,042   |                         |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                         |                        |                     | 94%           |                         |                                                                                                                              |    |
| 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           |                                                                                                                              |    |
| 1067196671                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,196,964       | \$149,621                |                                                         | \$191,514              | 3                   | \$29,158      | \$370,293               |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| Maritza Milena Mejia Lozano<br>52467645<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. | Recibo 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. | ENTREGA DE TURNO                               |
| 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                                                                                 | TRABAJO EN EQUIPO                              |
| 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 patient                                                                                   | SEGUIMIENTO PACINETE ASISTENCIAL               |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | CUANDO SE REQUIERA                             |
| 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 garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio                                                           | CUANDO SE REQUIERA                             |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                     | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                     | CUANDO SE REQUIERA                             |
| 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                                                          | SISTEMA INFORMATIVO                            |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                               | Registro los diferente repostes y libros propios del servicio                                                                                                                                                                 | SISTEMA INFORMATIVO                            |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                     | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                     | SISTEMA INFORMATIVO                            |
| 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.                                                                                                      | SISTEMA DE INFORMACION                         |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                       | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION ALMERA Y EN LA INTRANET |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                                 | PARTICIPACION ACTIVA                           |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | CUANDO SE REQUIERA                             |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                                | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                                | PARTICIPACION ACTIVA                           |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos                                                                                                                                                                   | Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                 | CUANDO LO REQUIERA                             |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                            | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                           | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION                |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                        | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                        | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION                |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                         | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                         | CUANDO LO REQUIERA                             |

|                                                                                                                              |                                                                                         |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                      | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO LO REQUIERA |
| <p>Maritza Milena Mejia Lozano<br/>52467645<br/>Supervisor</p>                                                               |                                                                                         |                    |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>  |                                                                                         |                    |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                         |                    |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-13, 09:14:46 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1067196671 Referencia pago(PIN) 8854277680

Periodo Cotización 202410 Periodo Servicio 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                          |  |  |                    |                 |                 |   |
|---------------------|--------------------------|--|--|--------------------|-----------------|-----------------|---|
| Razón Social        | YARY PAHOLA NEUQUE URREA |  |  |                    |                 |                 |   |
| Documento           | CC 53134502              |  |  | Dirección          | CALL 60 78 B 41 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE            |  |  | Teléfono           | 3212774521      |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL                  |  |  | Forma Presentación | ÚNICO           | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.              |  |  | Departamento       | BOGOTA D.C.     |                 |   |
| Representante Legal |                          |  |  | Identificación     |                 |                 |   |

II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |    |           |  |           |   |                          |                              |                   |                   |
|----------------|-------------|----|-----------|--|-----------|---|--------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 53134502 |    | Residente |  | Exonerado | N | Apellidos y Nombres      | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 59          | 00 |           |  |           |   | NEUQUE URREA YARY PAHOLA | 11001000 - 11                |                   | BOGOTA D.C.       |

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

| Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión  |          |          |              |            |          | Salud    |          |            |                  |              |            | Riesgos      |            |            |              |              | Caja      |                |            |              | Parafiscales |             |             |             |             |             |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|---------|----------|----------|----------|--------------|------------|----------|----------|----------|------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |            |              |         | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS     | Días AFP   | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS   | IBC EPS    | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL   | IBC ARL   | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF   | IBC CCF      | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |         |          |          |          |              |            |          |          |          |            |                  |              |            |              |            |            |              |              |           |                |            |              |              |             |             |             |             |             |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   | 30         | 30           | 30      | 30       | 25-14    | 16 %     | \$ 1.300.000 | \$ 208.000 | \$ 0     | \$ 0     | EPS017   |            | 12,5 %           | \$ 1.300.000 | \$ 162.500 | \$ 0         | 14-11      | 3          | 2,436 %      | \$ 1.300.000 | \$ 31.700 | CCF22          | 2 %        | \$ 1.300.000 | \$ 26.000    | 0 %         | \$ 0        | 0 %         | \$ 0        |             |

IV.TOTALES

|                       |                   |                    |                     |                       |                     |                    |                    |                    |                   |             |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSFS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| COLPENSIONES          | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | FAMISANAR EPS       | ARL SURA              | COLSUBSIDIO         | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 208.000            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 162.500          | \$ 31.700             | \$ 26.000           | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              |             |



**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**  
**LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE S.S.E**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBEA:**

**YARIPAHOLANEUQUEURREA**

**C.C.53134502 DE BOGOTÁ**

La suma de \$2.526.924, por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la unidad de HOSPITAL BOSA, durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE DE 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2777- 2024



**Nombre de contratista**

**YARIPAHOLANEUQUEURREA**

**C.C.53134502 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV Villas**

**NUMERO 46872540.**

DIAGNOSTICO  
CORRECTO

ASEGURATE - OCTUBRE

yarypahola1221@gmail.com  
[Cambiar cuenta](#)

No compartido

Se guardó el borrador

\* Indica que la pregunta es obligatoria

NOMBRE COMPLETO \*

Pahola Neuque

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \*

53134502

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                  | 53134502            | NEUQUE          | URREA            | YARY          | PAHOLA         | 2024-09                   | EPS FAMISANAR | COTIZANTE       |
| CC                  | 53134502            | NEUQUE          | URREA            | YARY          | PAHOLA         | 2017-08                   | EPS COMPENSAR | COTIZANTE       |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC     | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS FAMISANAR | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

...

128 Registros en 13 Páginas

¿Se requieren acciones de código de autocontrol? ☐ Si ☒ No



## Documentos de ejecución del contrato

Serial Cargo number