

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 enero de 2025 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:	2025-01-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-17
FECHA DE PAGO:	2025-01-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	8634394596
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:	17/02/2025
----------------------------------	------------

					Versión		3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					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		2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000		NÚMERO DE CRP		78964	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:			AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL	
					2024-12-01				2024-12-31	
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		
8633778228	\$908,526	\$113,566		\$145,364		3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.										
DIANA RODRIGUEZ 52262971 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										

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	Retroalimentación 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 RODRIGUEZ
52262971
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

Cuenta de Cobro

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar-Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

EUNICE CONTRERAS ORTIZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Contrato Actual: 2718-2024

7923151

eucontrerasortiz@gmail.com

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

No. de documento

51967769

Sede

SUBRED

Banco

BANCO DE BOGOTA

Tipo de cuenta

AHORRO

No. de cuenta

447064809

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 21/01/2025.

RELACION DE CUENTAS 216609

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
216609	2718	2024-12-01 / 2024-12-31	\$4,122,876	\$2,061,438	19.14	\$17,418,136	APROBADA	
211498	2718	2024-11-01 / 2024-11-30	\$4,122,876	\$2,061,438	19.14	\$17,418,136	APROBADA	
205803	2718	2024-10-01 / 2024-10-31	\$4,122,876	\$2,061,438	19.14	\$17,418,136	APROBADA	
200563	2718	2024-09-01 / 2024-09-30	\$4,122,876	\$2,061,438	19.14	\$17,418,136	APROBADA	
196793	2718	2024-08-01 / 2024-08-31	\$4,122,876	\$2,061,438	19.14	\$17,418,136	APROBADA	

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

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		2024-11	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	51967769	CONTRERAS	ORTIZ	EUNICE		2013-11	CAFESALUD E.R.S S.A.	BENEFICIARIO
CC	51967769	CONTRERAS	ORTIZ	EUNICE		2017-07	CAFESALUD E.R.S S.A.	COTIZANTE
CC	51967769	CONTRERAS	ORTIZ	EUNICE		2018-09	EPS MEDIMAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS FAMISANAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

Algo importante que puede hacer a continuación

[Guardar mi respuesta](#)

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

 **Microsoft 365**

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporcionar información personal o confidencial. | [Términos de uso](#)