| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000706272 | |
| CORREO ELECTRONICO: | manuela1223her@gmail.com | | | | CELULAR: | 3217732744 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13A38 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 91247276578 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2989 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2652 | FECHA | 2024-12-15 16:09:19.000 | NÚMERO DE CRP | 79146 | FECHA | 2024-12-15 23:00:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,126,102 | | | | | | |
| 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: | $34,387,122 |
| VALOR EJECUTADO | $34,387,122 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,126,102 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 82572193 | $1,250,441 | $156,305 | $200,071 | 3 | $30,461 | $386,836 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1.Practicar las intervenciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales | Realizar procedimientos ordenados por diferentes profesionales tratantes. | Procedimientos |
| 2. Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente. | Se realiza historia clinica sigiendo la norma establecida. | Historia clinica |
| 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa. | Registrso en las diferentes bases de satos | Bases de datos e informes |
| 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente. | En consulta externa no se realiza entrega de turno | Historia clinica |
| 5. Apoyar el desarrollo de estrategías de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar lapertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Gestionar en las diferentes programaciones del área. | Actas de programación |
| 6. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influenza de la Empresa Social del estado | Realizar reportes de los eventos de notificacion según corresponda. | Reportes. |
| . 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad | Realizar notificaciones de fallas de calidad si se llegan a presentar. | Notificaciones |
| 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigent | Delegar actividades al personal. | Delegar actividades al personal. |
| .9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Diligenciar los formatos e instrumentos propios del área. | Consentimientos informados, formatos excel. |
| 10. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr un aeficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio. | Llevar a cabo procedimientos según las necesidades del paciente. | Constancia de procedimientos realizados. |
| 11. Participar en el ánalisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del a´rea d elainfluenza que permita proponer alternativas de solución | Realizar seguimiento según corresponda. | Llamadas, seguimiento. |
| . 12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean enconmendados para su actividad. | Informar a los pacientes, acompañantes y/o familiares sobre su condición actual, plan de manejo y atención en salud. | Información verbal. |
| 13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio | Realizar las consultas con humanización y buen trato. | Consultas externas. |
| 14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio. | Cumplir con las normas según el Sistema Obligatorio de Garantia de la calidad. | Llevar a cabo el cumplimiento de normas. |
| . 15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instacias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales | Elaborar informa mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades propias de la profesión | Informe. |
| 16. Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo | Cuidar los elementos entregados para la realizacion de las consultas. | Entregar elementos en buen estado. |
| 17. Conocer aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de gestión Ambiental, manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractua | Participar en las capacitaciones según sea convocada. | Constancia de asistencia. |
| 18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actgualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute | Tener conocimiento y cumplir con los procedimientos establecidos por la Subred. | Procedimientos realizados. |
| 19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar | Realizar actividades según requerimientos inter y extrainstitucionales. | Actividades realizadas. |
| 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales | Registrar las actividades realizadas dia a dia, en aplicativos o bases de datos. | Entrega de reportes según corresponda. |
| 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente | Realizar contratos en el tiempo requerido | Entregar contrato. |
| e.22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada | Realizar afiliación y pago del sistema de seguridad. | Entregar constancia. |
| 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad. 2 | Realizar actividades según asignaciónn. | Entrega de reportes según asignaciones. |
| d. 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | Realizar afiliación y pago del sistema de seguridad. | Entregar constancia. |
| 25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios. | Realizar actividades según asignaciónn. | Entrega de reportes según asignaciones. |
| 26. Cuando el profesional este asignado al área de urgencias. Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta urgencias, observación, hospitalización, atención de preparto, parto y post parto cuando las necesidades del servicio asi lo requieran | Realizar afiliación y pago del sistema de seguridad. | Entregar constancia. |
| n.27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato | Realizar actividades según asignaciónn. | Entrega de reportes según asignaciones. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MANUELA HERNANDEZ FUENTES
**No. Identificación:** CC1000706272
**Dirección:** CALLE 7 # 90-61 CASA 119
**Telefono:** 8007474
**Correo:** manuela1223her@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 82572193

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1000706272 | **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2024 |
| **Número de planilla** | 82572193 | **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2024 |
| **Fecha pago** | 2024-12-10 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 1852057 | **Total Pagado** | 402200 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 31700 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 208000 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 162500 | 1 |

82572193

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000706272
APELLIDOS Y NOMBRES: MANUELA HERNANDEZ FUENTES

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 0 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 31700 | 0 |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 23**

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

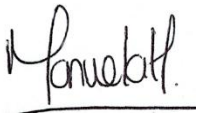
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Manuela Hernández Fuentes**

**C.C 1000706272**

La suma de tres millones ciento veintiséis mil ciento dos mil pesos m/c $ 3’126.102 por concepto de: prestación de servicios como Enfermera Jefe en la Unidad de Servicios de Salud Tintal durante el periodo de 01 de Diciembre al 31 de Diciembre del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2989-2024



**C.C 1000706272**

**CUENTA DE AHORROS Bancolombia**

**NUMERO 91247276578**

| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000706272 | |
| CORREO ELECTRONICO: | manuela1223her@gmail.com | | | | CELULAR: | 3217732744 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13A38 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 91247276578 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2989 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 72546 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,126,102 | | | | | | |
| 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: | $31,261,020 |
| VALOR EJECUTADO | $31,261,020 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,126,102 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 81691279 | $1,250,441 | $156,305 | $200,071 | 3 | $30,461 | $386,836 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1.Practicar las intervenciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales | Realizar procedimientos ordenados por diferentes profesionales tratantes. | Procedimientos realizados. |
| 2. Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente. | Realizar actvidiades de promocion y prevencion segun ciclo de vida | Historia clinica |
| 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa. | Realizar actviidades propias de promocion y prevencion | Historia clinica |
| 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente. | Se realiza historia clinica sigiendo la norma establecida. | Historia clinica |
| 5. Apoyar el desarrollo de estrategías de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar lapertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Diligenciar los formatos e instrumentos propios del área. | Consentimientos informados, formatos excel. |
| 6. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influenza de la Empresa Social del estado | Participar en las capacitaciones según sea convocada. | Constancia de asistencia. |
| . 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad | Registrar las actividades realizadas dia a dia, en aplicativos o bases de datos. | Entrega de reportes según corresponda. |
| 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigent | Registrso en las diferentes bases de satos | Bases de datos e informes |
| .9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Llevar a cabo procedimientos según las necesidades del paciente. | Constancia de procedimientos realizados. |
| 10. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr un aeficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio. | Elaborar informa mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades propias de la profesión | Informe. |
| 11. Participar en el ánalisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del a´rea d elainfluenza que permita proponer alternativas de solución | participar en cada proceso | constancia |
| . 12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean enconmendados para su actividad. | Diligenciar los formatos e instrumentos propios del área. | Consentimientos informados, formatos excel. |
| 13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio | realizar actividades segun normtividad vigente | normatividad |
| 14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio. | Realiza reportes oportunos | Reportes |
| . 15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instacias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales | Realizar reportes segun corresponda | Reportes |
| 16. Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo | Participar en capacitaciones | constancia de asistencia |
| 17. Conocer aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de gestión Ambiental, manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractua | Actualizarse en normas y manuales | conocimiento |
| 18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actgualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute | Participar en las capacitaciones según sea convocada. | Constancia de asistencia. |
| 19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar | Registrar las actividades realizadas dia a dia, en aplicativos o bases de datos. | Entrega de reportes según corresponda. |
| 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales | Hacer parte de procedimientos asistenciales | Apoyar procedimientos |
| 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente | Informar al paciente sobre condicion de salud | comunicacion |
| e.22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada | Cumplir con metas | Productividad |
| 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad. 2 | Cuidar los elementos entregados para la realizacion de las consultas. | Entregar elementos en buen estado. |
| d. 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | Cumplir con la confidencialidad | Historia clinicia y demas documentos |
| 25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios. | Hacer parte de la rvision de agenda | Notificar a lider |
| 26. Cuando el profesional este asignado al área de urgencias. Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta urgencias, observación, hospitalización, atención de preparto, parto y post parto cuando las necesidades del servicio asi lo requieran | No realizo actividades en el servicio de urgencias | no realizo actividades en el servicio de urgencias |
| n.27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato | Realizar actividades según asignaciónn. | Entrega de reportes según asignaciones. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MANUELA HERNANDEZ FUENTES
**No. Identificación:** CC1000706272
**Dirección:** CALLE 7 # 90-61 CASA 119
**Telefono:** 8007474
**Correo:** manuela1223her@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 81691279

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1000706272 | **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2024 |
| **Número de planilla** | 81691279 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2024 |
| **Fecha pago** | 2024-11-13 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 1830639 | **Total Pagado** | 402200 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 31700 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 208000 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 162500 | 1 |

81691279

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000706272
APELLIDOS Y NOMBRES: MANUELA HERNANDEZ FUENTES

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 0 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 31700 | 0 |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 22**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Manuela Hernández Fuentes**

**C.C 1000706272**

La suma de tres millones ciento veintiséis mil ciento dos mil pesos m/c $ 3’126.102 por concepto de: prestación de servicios como Enfermera Jefe en la Unidad de Servicios de Salud Tintal durante el periodo de 01 de Noviembre al 30 de Noviembre del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2989-2024

**C.C 1000706272**

**CUENTA DE AHORROS Bancolombia**

**NUMERO 91247276578**