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

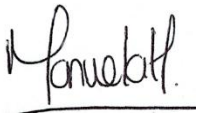
NIT: 900.959.048-4

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