

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              |                        | Versión<br>3                                             |            |  |                                                          |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                              |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018                         |            |                                                                                     |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              |                        | Código:<br>04-02-FO-0002                                 |            |                                                                                     |                                                          |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | SONIA ESPERANZA GOMEZ TEATINO                |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                          | X                      | C.E                                                      | No.        |                                                                                     | 1015462535                                               |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | tingonzalez2701@gmail.com                    |                        |                                                          | CELULAR:   |                                                                                     | 3225916631                                               |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                              |                        | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |            |                                                                                     |                                                          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS USS FONTIBÓN |                        |                                                          | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO03B03           | 100                       |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTA           |                                              |                        | TIPO DE CUENTA:                                          |            | AHORRO                                                                              |                                                          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 62089586                                     |                        |                                                          |            | PENSIONADO                                                                          | NO                                                       |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3086                      |                                              |                        | VIGENCIA                                                 |            | 2025                                                                                |                                                          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 343               | FECHA                     | 2025-01-31 16:38:22.000                      | NÚMERO DE CRP          | 16584                                                    | FECHA      | 2025-02-08 00:00:00.000                                                             |                                                          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                        | FECHA INICIAL          |                                                          | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              | 2025-02-06             |                                                          |            | 2025-02-28                                                                          |                                                          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                              | \$2,698,920            |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                              |                        | \$15,272,460                                             |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              |                        | \$2,698,920                                              |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                              |                        | \$2,698,920                                              |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                              |                        | \$0                                                      |            |                                                                                     |                                                          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                              |                        | \$12,573,540                                             |            |                                                                                     |                                                          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                              |                        | 18%                                                      |            |                                                                                     |                                                          |
| 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                                                                       |                                                          |
| NUEVO COLABORADOR                                                                                                                                                                                                                                            | \$908,526         | \$113,566                 |                                              | \$145,364              | 3                                                        | \$22,132   | \$281,062                                                                           |                                                          |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>DIANA CAROLINA MONTERO CORTES<br>1024465143<br>Supervisor                                                                         |                   |                           |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                   |                           |                                              |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                          | 1) Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                          | ORDENES MEDICAS                 |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                            | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | 3) Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                   | 4) Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                   | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 5) Participar en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                              | 5) Participo en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                              | CUANDO SE REQUIERA              |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | 6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    | 7) Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    | CUANDO SE REQUIERA              |
| 8) Impartir instrucciones al personal a cargo                                                                                                                                                                                                                              | 8) Imparto instrucciones al personal a cargo                                                                                                                                                                                                                              | PLAN DE ENFERMERIA              |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | 9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                           | 10) Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                           | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | 11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                       | 12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                       | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                           | 13) Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                          | CUANDO SE REQUIERA              |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | 14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | PROTOCOLOS INSTRUCIONALES       |
| 15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                            | 15) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                            | FORMATO INSTITUCIONAL           |
| 16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        | 16) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        | CUANDO SE REQUIERA              |
| 17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                        | 17) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                        | CUANDO SE REQUIERA              |
| 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                          | 18) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                         | CUANDO SE REQUIERA              |
| 19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   | 19) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   | CUANDO SE REQUIERA              |

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | 20) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred         | SISTEMA DE INFORMACION                              |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                        | 21) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                                | CUANDO SE REQUIERA                                  |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente  | 22) Entrego a tiempo la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                 | 23) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                         | CUANDO LO REQUIERAN                                 |

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES  
1024465143  
Supervisor

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

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SONIA ESPERANZA GOMEZ TEATINO identificado(a) con CC 1015462535 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/11/2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 06 días del mes febrero del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales  
EPS FAMISANAR S.A.S.

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ TEATINO SONIA ESPERANZA** identificado(a) con **CC** número **1.015.462.535** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de enero de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de febrero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2025021323090

Medellín, 17 de febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que SONIA ESPERANZA GOMEZ TEATINO con documento de identidad C1015462535, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-02-09   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |



**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SONIA ESPERANZA GOMEZ TEATINO**

**C.C 1.015.462.535 DE BOGOTA**

La suma de (\$2.698.920.00) pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería como ENFERMERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional,*** durante el periodo de **06 al 28 de febrero de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **3086 - 2025**.

  
**SONIA ESPERANZA GOMEZ TEATINO**  
**C.C 1.015.462.535 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA**  
**NUMERO 062089586**