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:	MONICA CARRILLO MARTINEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030691462	
CORREO ELECTRONICO:	monicacarrillomartinez8@gmail.com				CELULAR:	3107896373	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	69900003781				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3724			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1390	FECHA	2025-06-19 15:28:53.000	NÚMERO DE CRP	31180	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,143,836				
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:	$6,846,444
VALOR EJECUTADO	$4,218,516
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,143,836
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,627,928
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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
78004867	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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
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	• Realizar recibo y entrega de turno	• Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	el cumplimiento Porta uniforme y elementos necesarios para de las actividade	• Anecdotario
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	• Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados	Bitácora de procedimientos
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	• Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	• Bitácora y/o lista de verificación
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.	• Custodia historias clínicas de pacientes asignados	Registro del traslado de historias clínicas de la unidad.
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	• Usa los elementos de protección personal	• al Anecdotario
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.	• Realiza aseo y desinfección de camas ,camillas e inmobiliario de paciente	• Lista de verificación aseo y desinfección
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	• Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente	• Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	• Lista de verificación	• Lista de verificación
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	• Asiste a las capacitaciones programadas en la USSTINTAL	Formato de asistencia de capacitación
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	• cumplir con obligaciones de mi cargo	• cumplir con obligaciones de mi cargo
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	• Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato	Libro de inventario
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• PARTICIPAR EN UAT	ENCUNETRO DE EMFERMERIA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados	• Bitácora de procedimientos
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	• Registro del traslado de historias clínicas de la unidad.	Custodia historias clínicas de pacientes asignados
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	• Asiste a las capacitaciones programadas en la USSTINTAL	formato de asistencia de capacitaciónformato de asistencia de capacitación
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	de acuerdo con el sistema de información de la Subred • Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente	• Lista de verificacion
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	• entregar constancia de pago de planilla	planilla de pago oportuno
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignado	• bitácora de procedimiento

Copia Controlada
Subred Suroccidente

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1030691462	CARRILLO	MARTINEZ	MONICA		2025-05	EPS COMPENSAR	COTIZANTE
CC	1030691462	CARRILLO	MARTINEZ	MONICA		2018-11	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	COTIZANTE
CC	1030691462	CARRILLO	MARTINEZ	MONICA		2025-05	EPS COMPENSAR	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	05/2025	0	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2025	0	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	14	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	16	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	8	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	11	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	19	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	06/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2023	1	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2023	3	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2022	9	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2022	21	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2020	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2020	13	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	11/2018	16	COTIZANTE	Pago con cotización
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-17, 09:56:10 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 78004867

Periodo Cotización 202505 **Periodo Servicio** 202505

PAGADA 2025-05-17 09:53:47.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA CARRILLO MARTINEZ				
Documento	CC 1030691462	**Dirección**	CR 54A SUR #12 - 36		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	60154214		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030691462		Residente		Exonerado		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CARRILLO MARTINEZ MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

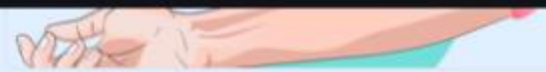
Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0					$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$227.800	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$440.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

10:35



Evaluación sobre adherencia del protocolo de accesos venosos periféricos

Puntos totales 4/4

Cuestionario venopunción
Cordial saludo estimado funcionario, lo invitamos a diligenciar este formulario para evaluar la comprensión y el manejo adecuado de la venopunción periférica.

✕ Nombre completo del funcionario *

Mónica Carrillo ✕

Respuesta correcta

Respuesta correcta

✕ Cédula de ciudadanía *

1030691462 ✕

Respuesta correcta

Respuesta correcta

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MONICA CARRILLO MARTINEZ
BOGOTA
C.C. 1030691462 de Bogotá

La suma de $ 2.143.836 (**DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, 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 como **auxiliar de enfermería;** en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **hospitalización**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3724-2025.**



C.C. 1030691462 de Bogotá
Cel: 3107896373
CUENTA DE AHORROS # 69900003781
Bancolombia