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:** 86645630

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** | abril de 2025 |
| **Número de planilla** | 86645630 | **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-05-19 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 1966510 | **Total Pagado** | 440500 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34700 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 227800 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 178000 | 1 |

86645630

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 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1000706272 | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | calle 7 # 90-61 casa 119 | 8007474 | manuela1223her@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 86645630 | 19/05/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-04 | 2025-04 | N | | 86968280 | $15.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 6.200 | 0 | | 0 | | 0 | 11 | 100 | 0 | 6.300 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 7.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 100 | 0 | 8.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 1.200 | | | | 1.200 | 11 | 100 | 1.300 | | | 12 | 1.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 6.200 | 6.300 |
| Pensión | 1 | 7.900 | 8.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.200 | 1.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 15.300 | 15.600 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1000706272 | MANUELA HERNANDEZ FUENTES | | calle 7 # 90-61 casa 119 | 8007474 | manuela1223her@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

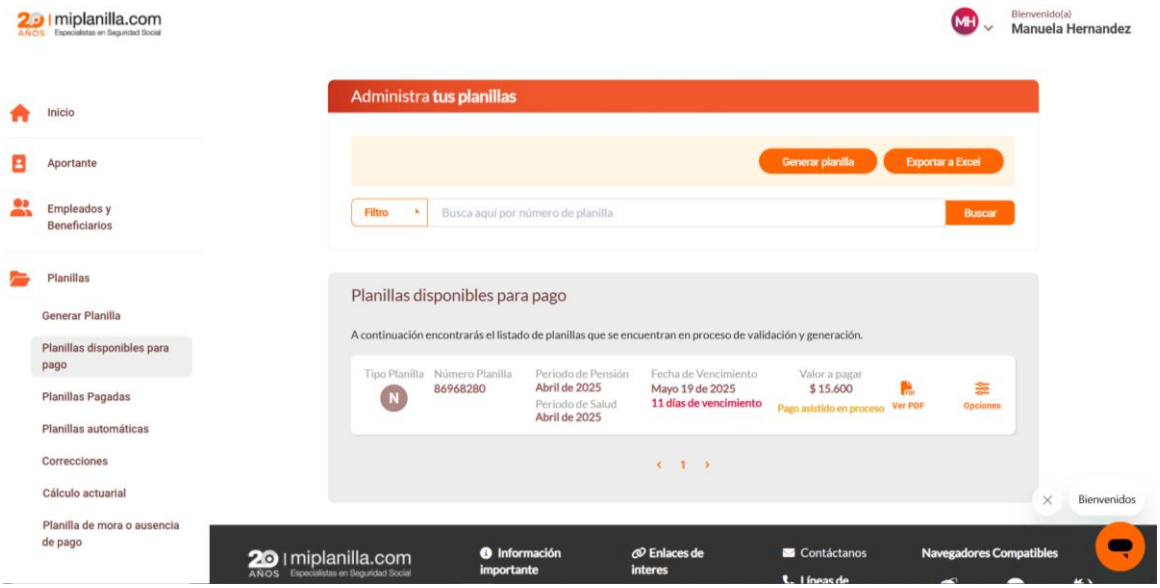
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 86645630 | 19/05/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-04 | 2025-04 | N | | 86968280 | $15.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1000706272 | HERNANDEZ FUENTES MANUELA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.473.120 | 235.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.473.120 | 184.200 | 14-11 | 1.473.120 | 3 | 35.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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


miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social
Bienvenido(a)
Manuela Hernandez
Inicio
Aportante
Empleados y Beneficiarios
Planillas
Generar Planilla
Planillas disponibles para pago
Planillas Pagadas
Planillas automáticas
Correcciones
Cálculo actuarial
Planilla de mora o ausencia de pago
Administra tus planillas
Generar planilla
Exportar a Excel
Filtro
Busca aquí por número de planilla
Buscar
Planillas disponibles para pago
A continuación encontrarás el listado de planillas que se encuentran en proceso de validación y generación.
Tipo Planilla
Número Planilla
86968280
Periodo de Pensión
Abril de 2025
Periodo de Salud
Abril de 2025
Fecha de Vencimiento
Mayo 19 de 2025
11 días de vencimiento
Valor a pagar
$ 15.600
Pago asistido en proceso
Ver PDF
Opciones
Bienvenidos
Información importante
Enlaces de interes
Contáctanos
Navegadores Compatibles

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1000706272 |
| NOMBRES | MANUELA |
| APELLIDOS | HERNANDEZ FUENTES |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 21/07/2006 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 05/30/2025 10:32:49 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**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 | 1000706272 | HERNANDEZ | FUENTES | MANUELA | | 2023-03 | EPS FAMISANAR | BENEFICIARIO |
| CC | 1000706272 | HERNANDEZ | FUENTES | MANUELA | | 2025-03 | EPS FAMISANAR | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS FAMISANAR | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2023 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2023 | 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 FAMISANAR | 12/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2020 | 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 FAMISANAR | 03/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 08/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 07/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 06/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 05/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 04/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 03/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 02/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 01/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 12/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 11/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 10/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR | 09/2018 | 30 | BENEFICIARIO | 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.

6827f9b5-eb10-4c38-9cb4-1c3cac1f0890

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Manuela Hernandez Fuentes*

ha participado y aprobado el

**Paquete de capacitación de la Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 11ª. revisión (CIE-11)**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25 - Porcentaje de aprobación: 99,09 %

16 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6827f9b5-eb10-4c38-9cb4-1c3cac1f0890

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 272322326

PIB
13:30:09


Bogotá DC, 26 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MANUELA HERNANDEZ FUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000706272:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 26 de mayo de 2025, a las 13:31:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1000706272 |
| Código de Verificación | 1000706272250526133144 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MANUELA HERNANDEZ FUENTES,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1000706272** de BOGOTA D.C.

(MIL MILLONES SETECIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS)

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

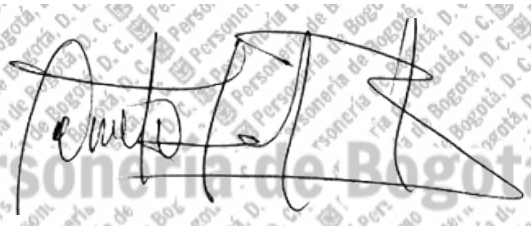
* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.



**VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 01:43:48 PM horas del 26/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1000706272**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ FUENTES MANUELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

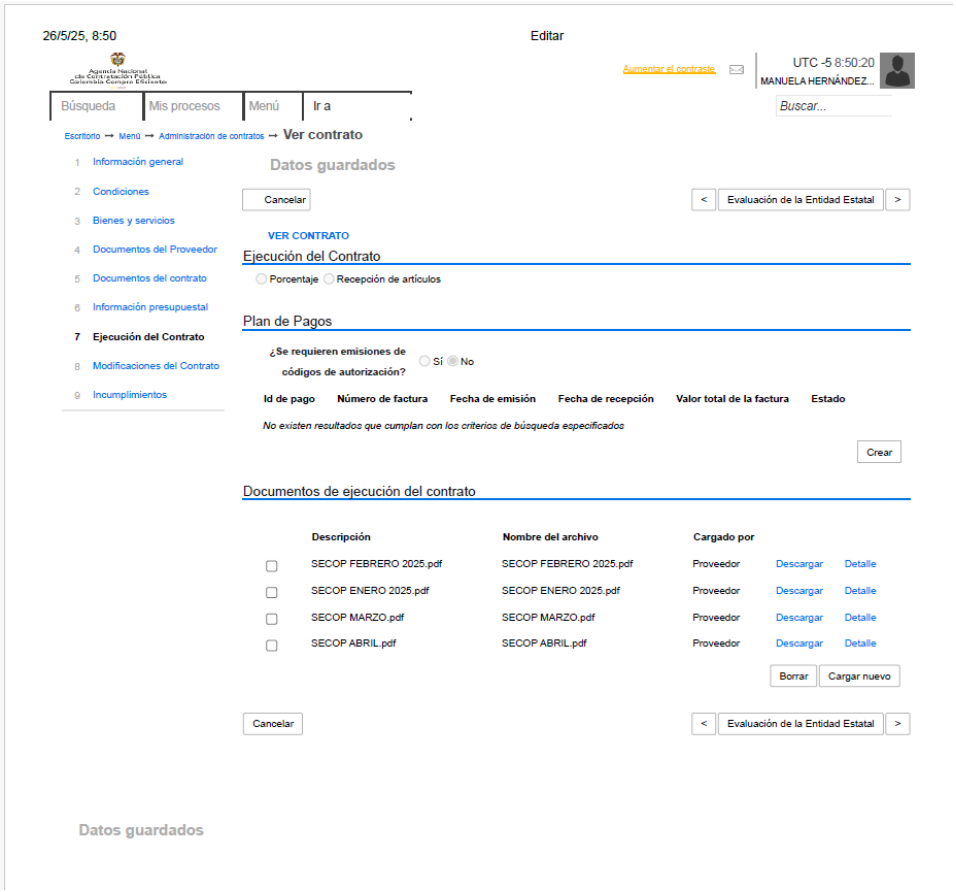
## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/05/2025 01:39:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1000706272** y Nombre: **MANUELA HERNANDEZ FUENTES.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **116549063** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir


26/5/25, 8:50
Editar
Aumentar el contraste
UTC -5 8:50:20
MANUELA HERNÁNDEZ...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
SECOP FEBRERO 2025.pdf SECOP FEBRERO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
SECOP ENERO 2025.pdf SECOP ENERO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
SECOP MARZO.pdf SECOP MARZO.pdf Proveedor Descargar Detalle
SECOP ABRIL.pdf SECOP ABRIL.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Datos guardados

| 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 | 800 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1181 | FECHA | 2025-05-19 10:22:01.000 | NÚMERO DE CRP | 24618 | FECHA | 2025-05-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ENFERMERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-05-01 | | 2025-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,682,800 | | | | |
| 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: | $18,414,000 |
| VALOR EJECUTADO | $14,731,200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,682,800 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,682,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 80% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 86645630 | $1,473,120 | $184,140 | $235,699 | 3 | $35,885 | $455,724 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. 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 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. | Se realiza historia clinica sigiendo la norma establecida. | Historia clinica |
| 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa. | Realizar actividades segun asiganciones | consultas establecias |
| 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente. | realizar historia clinica segun normatividaad | 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. | Registrso en las diferentes bases de datos | Bases de datos e informes |
| 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 | Diligenciar los formatos e instrumentos propios del área. | Consentimientos informados, formatos excel. |
| . 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad | Evaluar el impacto de programas ofrecidos | Base de datos |
| 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigent | Realizar referencia segun lo requerido | Informes |
| .9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Indetificacion de necesidades | realizar base de datos e informes |
| 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. | Realizar actividades según coordinacion. | Entrega de reportes según |
| 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 areas de analisis segun corresponda | Informes |
| . 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 lineaintos, normas guias y protocolos | Historia clinica |
| 14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio. | Realizar reportes de los eventos de notificacion según corresponda. | Reportes. |
| . 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 | Participar en las capacitaciones según sea convocada | 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 | Tener conocimiento y cumplir con los procedimientos establecidos | Procedimientos realizados. |
| 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 | Realizar actividades segun lo indicado | Informe |
| 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales | Asistir y colaborar con el equipi de medicos segun se requiere | informa y acta de apoyo y colaboracion |
| 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente | Asistir y colaborar con el equipi de medicos segun se requiere | informa y acta de apoyo y colaboracion |
| .22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada | Informar sobre la salud de los pacientes | Historia clinica |
| 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad. 2 | Realizar actividades según requerimientos | Actividades realizadas. |
| . 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | Cuidar de los elmentos dados a mi responsabilidad | Acta |
| 25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios. | Garantizar custodia de la información | Historia clínica |
| 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 | Revision de agendas | Documento de agendas |
| .27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato | Realizar actividades según asignaciónn. | Entrega de reportes según asignaciones. |
| "28 generar aportes y seguimiento a la productividad de la consulta, para cumpliemto de acuerdo a las horas contratadas al mes" | Llevr reporte y seguimiento de la productividad | Seguimiento |

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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

**CERTIFICA:**

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) MANUELA HERNANDEZ FUENTES; con documento de identidad No, 1000706272 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año | Contrato | Perfil | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2023 | 4079-2023 | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | 24/02/2023 | 31/01/2024 | $3126102 | SUBRED |
| 2 | 2024 | 2989-2024 | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | 01/02/2024 | 31/01/2025 | $3126102 | SUBRED |
| 3 | 2025 | 800-2025 | ENFERMERO | 01/02/2025 | 30/06/2025 | $3682800 | SUBRED |

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**ENFERMERO**

1 » Contrato: **4079-2023**
Obligaciones:

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. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 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 4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. 5) Participar en la programación de las actividades del área. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 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. 8) Impartir instrucciones al personal a cargo 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 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. 17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

2 » Contrato: **2989-2024**

Copia Certificada Subred Suroccidente

## Obligaciones:

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. 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. 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa. 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente. 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. 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. 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad. 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. 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. 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. 12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean enconmendados para su actividad. 13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio. 15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instacias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales. 16. Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo. 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 contractual. 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. 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. 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales. 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente. 22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada. 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad. 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas. 25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios. 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. 27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato

## 3 » Contrato: **800-2025**

Copia Certificación Subred Suroccidente

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

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

## Obligaciones:

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. 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. 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa. 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente. 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. 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. 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad. 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. 9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. 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. 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. 12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean enconmendados para su actividad. 13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio. 15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instacias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales. 16. Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo. 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 contractual. 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. 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. 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales. 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente.22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada. 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad.24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas. 25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios. 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. 27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato. 28 generar aportes y seguimiento a la productividad de la consulta, para cumpliemto de acuerdo a las horas contratadas al mes.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veinticinco(25) días del mes de Junio de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#$8zX
Atentamente,

Copia Certificación Subred Suroccidente

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

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO
Director de Contratación Subgerencia Corporativa (E)

Copia Certificada
Subred Suroccidente