| 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: | flor salazar aguilar | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 35600594 | |
| CORREO ELECTRONICO: | flornes@outlook.es | | | | CELULAR: | 3046137942 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A38 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62457313719 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 612 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1638 | FECHA | 2025-08-14 16:23:59.000 | NÚMERO DE CRP | 34554 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,925,844 | | | | |
| 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: | $12,287,640 |
| VALOR EJECUTADO | $12,287,640 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,925,844 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8387848579 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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. Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas | Realizo seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas | Seguimiento oportuno |
| 2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida | Brindo información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida | Información oportuna |
| 3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica | Realizo la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica | Cuando sea necesario |
| 4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo | Asisto a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo | cuando sea necesario |
| 5. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este. | Respondo por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este | seguimiento diario de inventarios de los consultorios a cargo |
| 6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales | Verifico el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales | verificación de la agenda |
| 7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta | Doto los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta | dotación de equipos, insumos y papeleria |
| 8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos | Realizo limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos | limpieza y desinfeccion y formatos diligenciados |
| 9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E. | Asisto a reuniones programadas por la E.S.E | reuniones programadas |
| 10. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred. | Guardo absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred. | Absoluta reserva |
| 11 Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos | Conozco v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos | lineamientos para garantizar el cumplimiento |
| 12. Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia. | Di un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia | trato digno y cortes a los usuarios |
| 13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | participe en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | adherencia de los procesos de habilitacion y/o acreditacion |
| 14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras. | Reporte en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras | de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras reportes oportunos |
| 15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado | participe activamente en la programación de actividades a las que sea convocado | programación de actividades |
| 16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 2002. | Presente al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido | planilla de pago |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realiace las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Demas actividades |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

---

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

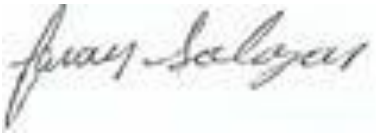
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**
**Flor Iris Salazar Aguilar**
**C.C 35.600.594 Quibdó Choco**

La suma de $ 1.925.844 por concepto de: honorarios durante el periodo de 01 al 31 de agosto 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 612-2025



**Nombre de contratista**
**Flor Iris Salazar Aguilar**
**C.C 35.600.594 Quibdó Choco**
**Cuenta de ahorros Bancolombia**
**Numero 62457313719**

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

**Señor(a):** FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR
**No. Identificación:** CC35600594
**Dirección:** CALLE 53C SUR NO.87B- 46
**Telefono:** 7799800
**Correo:** floririssalazar413@gimail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 88674679

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC35600594 | **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2025 |
| **Número de planilla** | 88674679 | **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-08-20 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 2029713 | **Total Pagado** | 440500 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
88674679

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34700 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 227800 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35600594
APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

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

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 35600594.zip (Archivado) | 35600594.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR CC 35600594.zip (Archivado) | FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR CC 35600594.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | ejecuciones mes mayo.pdf (Archivado) | ejecuciones mes mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | pantallazos mayo.pdf (Archivado) | pantallazos mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION FEBRERO.pdf | EJECUCION FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION MARZO.pdf | EJECUCION MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION ABRIL.pdf | EJECUCION ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION MAYO.pdf | EJECUCION MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION DE JUNIO.pdf | EJECUCION DE JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >