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:	YARI PAHOLA NEUQUE URREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53134502	
CORREO ELECTRONICO:	yaripahola2010@hotmail.com				CELULAR:	3212774521	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37I03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488442224561				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2145			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	35605	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,112,020				
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:	$25,518,564
VALOR EJECUTADO	$21,230,892
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,112,020
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,287,672
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
1074015693	$1,244,808	$155,601	$199,169	3	$30,324	$385,094

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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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	Recibo 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.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	TRABAJO EN EQUIPO
) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del pacient	SEGUIMIENTO PACINETE ASISTENCIAL
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERA
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	Asesoro 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	CUANDO SE REQUIERA
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	CUANDO SE REQUIERA
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	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	SISTEMA INFORMATIVO
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Registro los diferente repostes y libros propios del servicio	SISTEMA INFORMATIVO
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA INFORMATIVO
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	SISTEMA DE INFORMACION ALMERA Y EN LA INTRANET
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	PARTICIPACION ACTIVA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	CUANDO SE REQUIERA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	PARTICIPACION ACTIVA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO LO REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	CUANDO LO REQUIERA

Copia Controlada Subred Suroccidente

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERA

Luz Dary Castro Herran
52456529
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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-12, 06:42:52 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1074015693 **Referencia pago(PIN)** 8854277680

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202507

Cliente:

PAGADA 2025-08-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YARY PAHOLA NEUQUE URREA				
Documento	CC 53134502	**Dirección**	CALL 60 78 B 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212774521		
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 53134502		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					NEUQUE URREA YARY PAHOLA	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	30			$ 949.658	25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	CCF22	2 %	$ 1.423.500	$ 28.500	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

LASUBREDINTEGRADADESERVICIOSDESALUDSUROCCIDENTEE.S.E

NIT:900.959.048-4

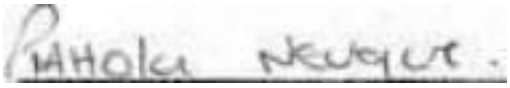
DEBEA:

YARIPAHOLANEUQUEURREA

C.C53134502 DEBOGOTA

La suma de $3.112.020, por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la unidad de HOSPITAL BOSA, durante el periodo de 01 al 31 de AG0ST0 DE 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2145-2025

.



Nombre de contratista

YARIPAHOLANEUQUEURREA

C.C.53134502DEBOGOTA

CUENTADEAHORROSBANCOAVVILLAS

NUMERO46872540.

Encuentros de Aprendizajes Continuos III Trimestre 2025

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

Datos del Participante y de los EAC

1. **Indicar la fecha del Encuentro de Aprendizaje Continuo** *

21/08/2025

2. **Tipo de Vinculación** *

- ○ Planta
- ◉ Contrato/Ops



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

Lesiones asociadas a la dependencia

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pahola neuque

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

53134502

UNIDAD

Hospital de Bosa

PERFIL

Auxiliar de enfermería

SERVICIO

BUENA PRÁCTICA REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE

Pahola Neuque

NUMERO DE CÉDULA

53134502

SEDE

Hospital de Bosa

PERFIL

Auxiliar de enfermería

SERVICIO

BUENA PRÁCTICA REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

SELECCIONAR

POS TEST

NOMBRE

Pahola neuque

NUMERO DE CÉDULA

53134502

SEDE

Hospital de Bosa

PERFIL

Auxiliar de enfermería

SERVICIO

Quirúrgicos

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

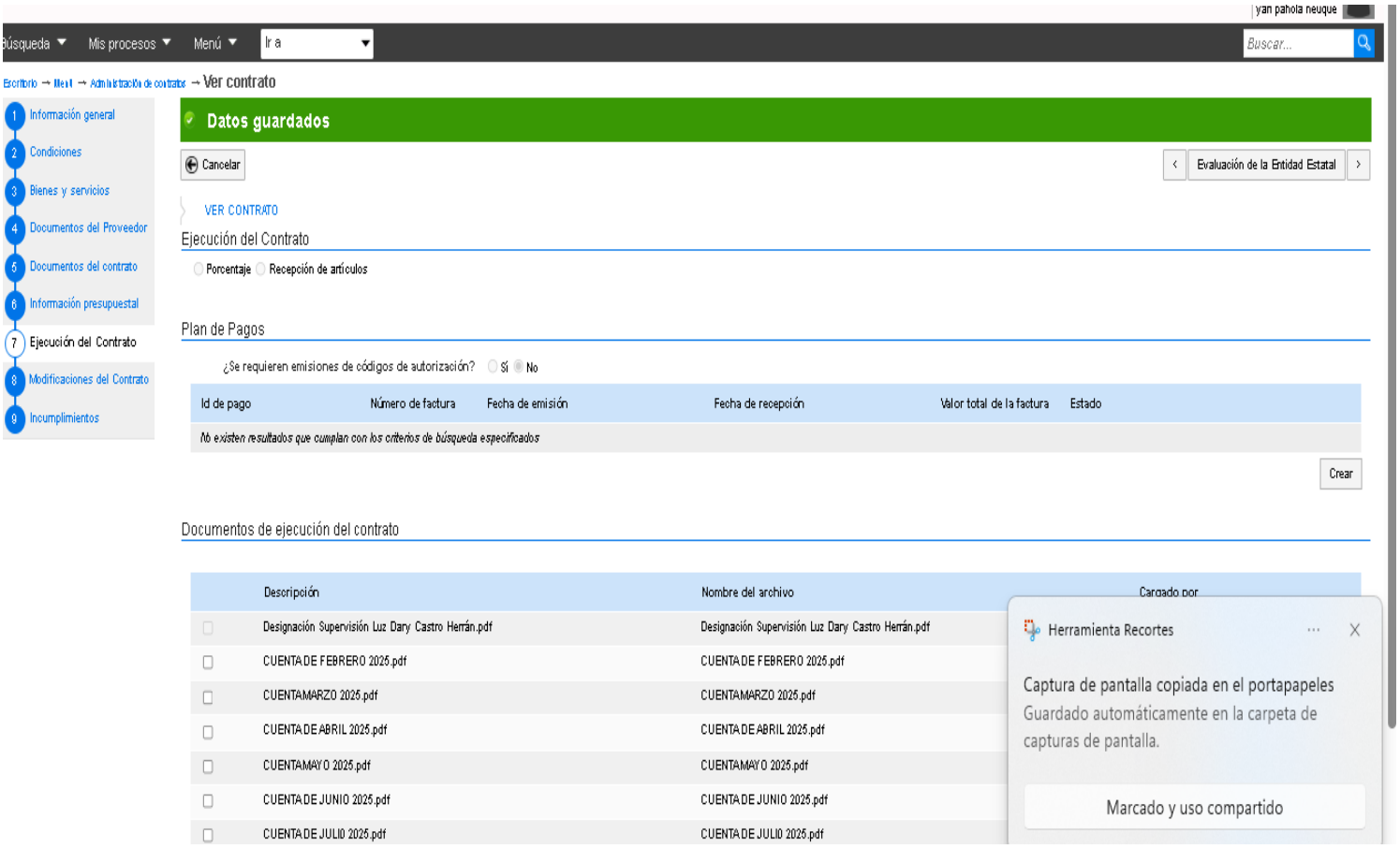
TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	53134502	NEUQUE	URREA	YARY	PAHOLA	2025-07	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	53134502	NEUQUE	URREA	YARY	PAHOLA	2017-08	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS FAMISANAR	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

138 Registros en 14 Paginas


yan pahola neuque
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
Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf
CUENTA DE FEBRERO 2025.pdf
CUENTAMARZO 2025.pdf
CUENTA DE ABRIL 2025.pdf
CUENTAMAYO 2025.pdf
CUENTA DE JUNIO 2025.pdf
CUENTA DE JULIO 2025.pdf
Herramienta Recortes
Captura de pantalla copiada en el portapapeles
Guardado automáticamente en la carpeta de capturas de pantalla.
Marcado y uso compartido