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:	YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52474513	
CORREO ELECTRONICO:	dasagumo@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS OLARTE				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA31A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500915967				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	808			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34704	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
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:	$29,462,400
VALOR EJECUTADO	$25,779,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,682,800
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,682,800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
4612525184	$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 Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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
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 diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
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	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad	Historia Clínica
Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
Elaborar las historias clìnicas completas de acuerdo con la normatividad vigente	Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos	historia Clínica
Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	Apoyo en las diferentes estrategias establecidas, Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación	Fichas de Notificación
Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influenza de la Empresa Social del estado	Participación en la elaboración de diagnóstico según corresponda a	Actas - diagnostico
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a lacomunidad.	Evaluación de los programas ofrecidos	Evaluación
Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad	Identificación y notificación de necesidades de los usuarios	Notificaciones
Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz 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 seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere	Historia Clínica
Participar en el anàlisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del àrea de la influenza que permita proponer alternativas de solución	Informar acerca de la demanda y oferta de los servicios	Informes
Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para su actividad	Diligenciamiento adecuado y claro de todos los documentos establecidos según lineamientos	Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Consentimiento Informado
eportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio	Informe acerca de anomalías presentadas en la prestación del servicio	Informes
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales	Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	Informes
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo	Participación en la actualización de los procesos	actas
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	Realizar actividades acorde a los procedimientos establecidos	Proceso de Atención
Asistir y Participar activamente en los procesos de actualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute.	asistir a reuniones y participar en actividades acorde a los procedimientos establecidos.	Proceso de Atención
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 acorde a los establecido	Informe de actividades
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada	Realización de actividades establecidas	Agenda - historia Clínica
Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad.	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Velar y responder por la informaciòn y soportes de las actividades realizadas	archivo
revisar y notificar al líder el estado de las agendas de programación de servicios..	Informar al líder del estado de las agendas	Informe

Copia Controlada
Subred Suroccidente

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 FACTURA

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

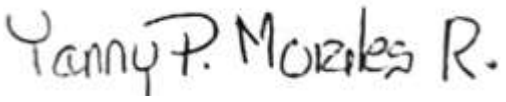
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENNY PATRICIA MORALES ROFRIGUEZ

C.C 52.474.513

La suma de $3.682.800 por concepto de: honorarios, durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2025 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 808-2025.



YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ

C.C.52.474.513 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7500915967

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52474513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 78 N # 41-04 SUR	TELÉFONO:	4515189
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4612525184**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993622038

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 235.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 235.700	$ 900	$ 236.600
SUBTOTALES:										**$ 235.700**	**$ 900**	**$ 236.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.200	$ 0	$ 700	$ 0	$ 184.200	$ 700	$ 0	$ 184.900
SUBTOTALES:													**$ 184.200**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 184.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.900	$ 35.900	$ 200	$ 0	$ 36.100
SUBTOTALES:									**$ 35.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 36.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 29.500	$ 200	$ 29.700
SUBTOTALES:			**$ 29.500**	**$ 200**	**$ 29.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD								ARP																			
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 52474513	MORALES RODRIGUEZ YENNY PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.473.120				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.473.120	$ 235.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 235.700	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.473.120	$ 184.200	$ 0	$ 184.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.473.120	52474513	$ 35.900	30	$ 1.473.120	CCF24-COMPENSAR	$ 29.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 487.300

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		
☐	Cuenta de Cobro-Febrero 2025.pdf	Cuenta de Cobro-Febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro -Marzo.pdf	Cuenta de Cobro -Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro -Abril.pdf	Cuenta de Cobro -Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro -Mayo.pdf	Cuenta de cobro -Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion JUNIO.pdf	Ejecucion JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion JULIO.pdf	Ejecucion JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >