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:	ANGELICA BERNAL						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	39763085	
CORREO ELECTRONICO:	bernalangelica188@gmail.com				CELULAR:	7262548	
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	20585833686				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	617			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39289	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-09-01		2025-09-30			
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:	$17,491,892
VALOR EJECUTADO	$17,491,892
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
89625246	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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	se realiza las actividades de auxiliar de enfermeria en la ruta cerebrovascular, asignadas por el profesional de enfermeria , de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicios	historia clinica ,bases de programas, libros enviados por referentes en manejo drive
2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	ofrecer orientacion a los pacientes y a sus familias con relacion a sus necesidades y expectativasde acuerdo con las politicas institucionales y normas vigentes .	historia clinica ,bases de programas, libros enviados por referentes en manejo drive
3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica	ofrecer orientacion a los pacientes y a sus familias con relacion a sus necesidades y expectativasde acuerdo con las politicas institucionales y normas vigentes .	historia clinica ,bases de programas, libros enviados por referentes en manejo drive
4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos.	realizo comunicación redundante y aplico inequívocos para que el usuario pueda entender los explicado
6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	Velo por el adecuado funcionamiento de los equipos , así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	Cuidando y reportando el daño de un equipo en mesa de ayuda
7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	adoptar los procedimientos adecuados , imprimiendo formatos de almera para realizar plan de contingencia si es requerido, ,gestion ambiental y calidad ,realizar las actividades de enfermeria de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	imprimir y dotar los implementos necesarios para el profesional según la necesidad y registrando en carpetas de orden y aseo y los elemntos suministrados
8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	se realiza las actividades de auxiliar de enfermeria para la limpieza y desinfeccion de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicios	se realiza limpieza y desinfección de acuerdo con los procedimientos y protocolos en los consultorios asignados y areas que el servicio requiera
9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	Asisto a las reuniones citadas y realizo los cursos solicitados por la institución.	Participo en EAC;LCS, Aula Virtual y encuestas.
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 el Hospital.	formatos adecuados
11 Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos	Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos.	actas
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	Mantengo una actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promuevo en mi área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	.formato P.Q.R.S formato registro derecho de peticion
13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos.	Garantizo y mejoro la atención de los usuarios con calidad.
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos adversas a medicamentos	Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos.	actas
15. Presenta15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocador 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	Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos.	actas
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	Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos.	actas
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	formatos , histoia clinica , actas y aplicativo adecuados

Copia Controlada
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

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	39763085	ANGELICA BERNAL BORDA	carrera 116 a 15 c 70 torre 5 apto 402	4716399	bernalangelica188@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	18/09/2025	89625246	$449.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

PAGADA

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	39763085	ANGELICA BERNAL BORDA	carrera 116 a 15 c 70 torre 5 apto 402	4716399	bernalangelica188@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	18/09/2025	89625246	$449.100	

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	Estornado	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	39763085	BERNAL BORDA ANGELICA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTOEQUIVALENTEA FACTURAR

LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Angélica Bernal Borda

C.C39763085 DEBogotá

La suma de $ 1.925.844, por concepto de: honorarios de septiembre d u r a n t e el periodo de 1 al 30 de septiembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 617-2025 APP (HOSPITAL DE BOSA)

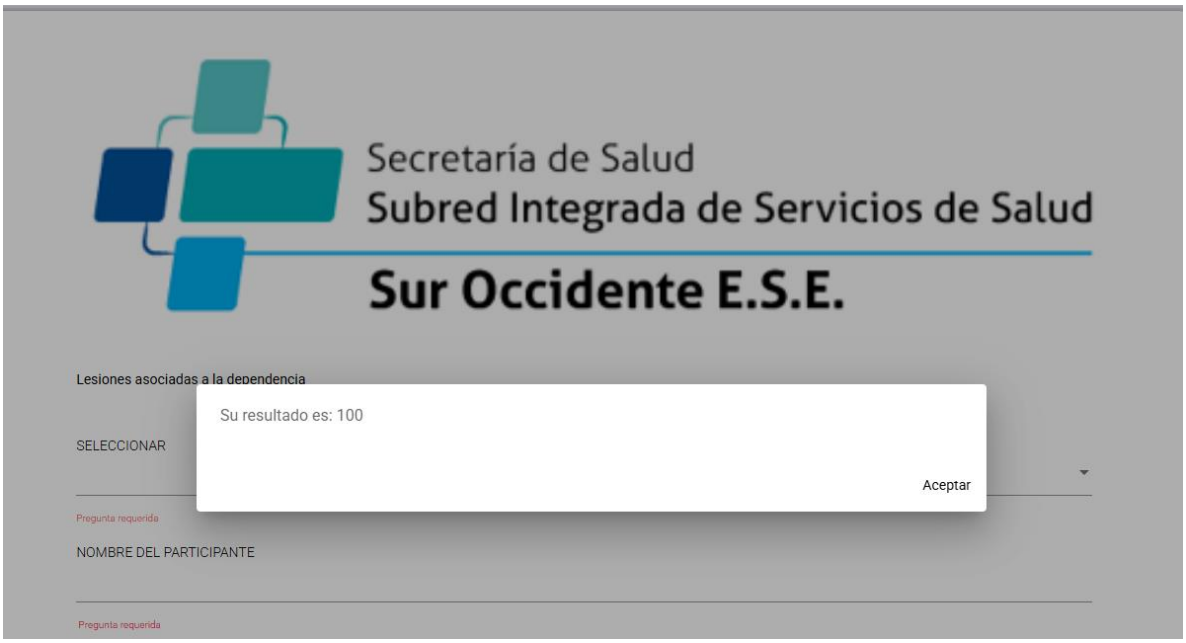


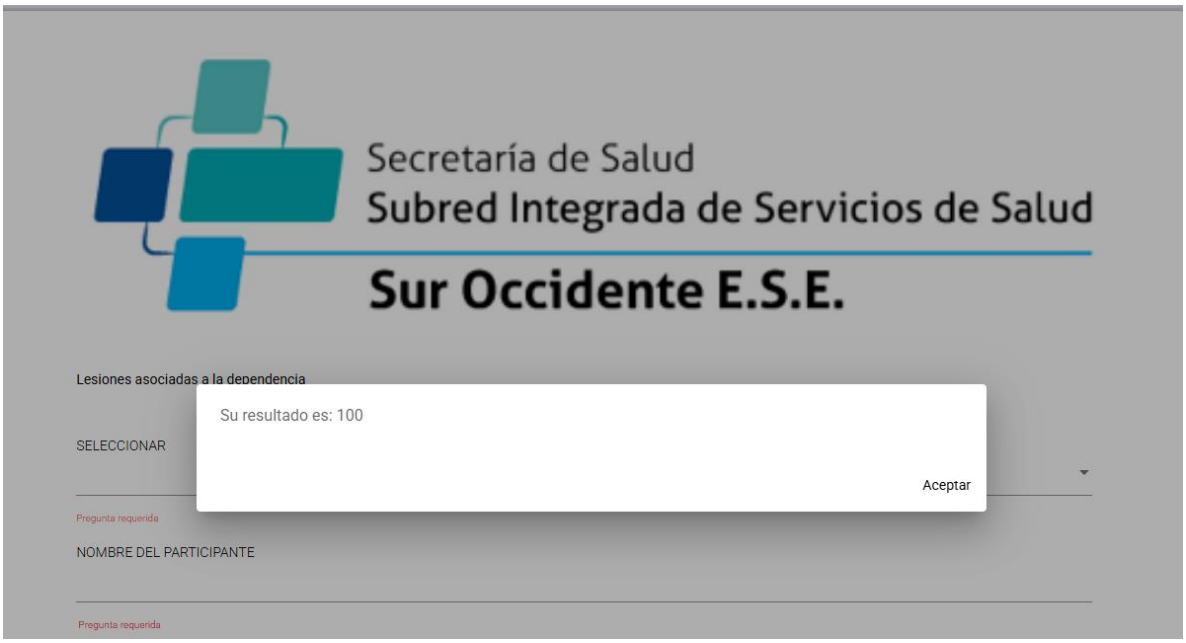
Nombre decontratista

Angélica Bernal Borda

C.C.39.763.085 DE Bogotá
CUENTADEAHORROSBANCOBANCOLOMBIA

NUMERO20585833686


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
Lesiones asociadas a la dependencia
Su resultado es: 100
Aceptar
SELECCIONAR
Pregunta requerida
NOMBRE DEL PARTICIPANTE
Pregunta requerida


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
Lesiones asociadas a la dependencia
Su resultado es: 100
Aceptar
SELECCIONAR
Pregunta requerida
NOMBRE DEL PARTICIPANTE
Pregunta requerida