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:	ANA TILIA GALVIS MONTOYA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51946815	
CORREO ELECTRONICO:	nanytum_@hotmail.com				CELULAR:	3428528292	
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:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400701507				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	618			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39290	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
89169282	$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 de vacunacion con bases de la corte de vacunacion y terapia respiraoria , 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
5. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este.	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
6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	se realiza las actividades de auxiliar de enfermeria asignando citas de medico, general,medicina interna,medicina familiar por el profesional de enfermeria , de acuerdo con los dias programados por el profeional y el lider encargado	dinamica ,bases de programas, libros enviados por referentes en manejo drive
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.	se realiza limpieza y desinfección de acuerdo con los procedimientos y protocolos en los consultorios asignados y areas que el servicio requiera 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

Copia Controlada Subred Suroccidente

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.	realizar planillas de pago mensual	cuenta de cobro

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	51946815	ANA TILIA GALVIS MONTOYA	DAG 39 SUR 72F-92	2047639	NANYTUM_@HOTMAIL.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	22/09/2025	89169282	$445.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	18	2.100	0	180.100	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	18	2.600	0	230.400	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	18	400	35.100			347	35.100	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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	180.100
Pensión	1	227.800	230.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	445.600

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	51946815	ANA TILIA GALVIS MONTOYA		DAG 39 SUR 72F-92	2047639	NANYTUM_@HOTMAIL.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	22/09/2025	89169282	$445.600	

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	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	51946815	GALVIS MONTOYA ANA TILIA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Ana Tilia Galvis Montoya

C.C 51.946.815 Bogotá D.C

La suma de $ 1.925.844 por concepto de: honorarios durante el periodo de 1 al 30 de septiembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 618-2025



Nombre de contratista

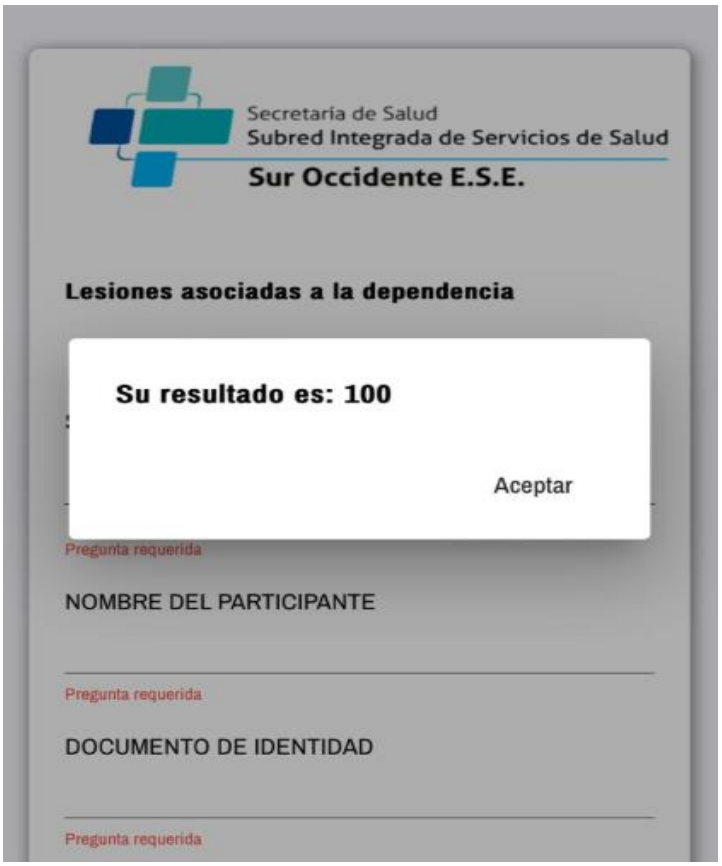
Ana Tilia Galvis Montoya

C.C 51.946.815 Bogotá D.C

Cuenta de Ahorros Davivienda

Numero 8400701507


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