| 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: | GUELLY CECILIA MARTINEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52102593 | |
| CORREO ELECTRONICO: | kceciliamartinez2008@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3108894424 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10I18 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488446949700 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5140 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1651 | FECHA | 2025-08-15 16:30:52.000 | NÚMERO DE CRP | 36508 | FECHA | 2025-08-22 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-25 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $345,780 | | | | |
| 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: | $4,979,232 |
| VALOR EJECUTADO | $345,780 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $345,780 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,633,452 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 7% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 52102593 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa | Cumplo a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa. | Cumplimiento de la concertacion de actividades mes de AGOSTO |
| 2. Atención de los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes | Atiendo los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. | Enrutamiento y atencion de pacientes entregados por coordinador del programa |
| 3. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | Se realiza recibo y entrega de turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas, proporcionando al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería | Se realiza entrega de pacientes en area de PHD, entregando novedades, cambios de venopunciones, traslados de pacientes a area hospitalaria entre otros. |
| 4. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | "Se realiza y registra cambio de venopunciones. Registro de escalas de riesgo." |
| 5. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | "Se entrega registro de los cambios de venopunciones (registro fotografico adjunto pdf). Se informa a coordinador del programa los cambios que presente el paciente dejando registro en historia clinica en dinamica web" |
| 6. Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención. | Se reportan dificultades y otros hallazgos clinicos del paciente al coordinador y supervisor del programa |
| 7. Participar en la programación de las actividades del área | Asesoro sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Se informa al paciente y/o cuidador los cuidados y plan de enfermeria a llevar a cabo, dejando registro en historia clinica en dinamica web |
| 8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | "Uso adecuado de Elementos de proteccion personal Realizo adecuada segregacion de residuos de acuerdo a las politicas institucionales" |
| 9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | 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. | "Realizo socializacion de deberes y derechos institucionales, dejando registro en historia clinica Trato humanizado durante la atención" |
| 10. Impartir instrucciones al personal a cargo | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Dejo registro de los cambios de venopunciones en aplicativo dinamica y envio soporte fotografico de los mismos |
| 11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Realizo entrega de censo de atencion de pacientes de acuerdo a la ruta diaria entregada |
| 12. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | "Trato humanizado Adherencia a guias, protocolos y procedimientos institucionales" |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

compensar | salud eps

## EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
## NIT 860.066.942-7

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GUELLY CECILIA MARTINEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52102593, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20250822 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Septiembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: JULIO CESAR GOMEZ

CER-AFI 30118198

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52102593,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de septiembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de septiembre de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que GUELLY CECILIA MARTINEZ identificado(a) con C52102593 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C521025932527300132

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.18