

					Versión		3				
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					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		2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000		NÚMERO DE CRP		53623	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL				
				2025-10-01			2025-10-31				
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:								\$19,417,736			
VALOR EJECUTADO								\$19,417,736			
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			
90464841	\$908,526	\$113,566		\$145,364		3	\$22,132	\$281,062			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.											
<p style="text-align: center;">MICHAEL DAVID GOMEZ REYES 1012392576 Supervisor</p>											
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>											
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>											

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 enfermería en la ruta cerebrovascular, asignadas por el profesional de enfermería , 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	se realiza las actividades de auxiliar de enfermería asignando citas de medico, general,medicina interna,medicina familiar por el profesional de enfermería , de acuerdo con los dias programados por el profeional y el lider encargado	dinamica ,bases de programas, libros enviados por referentes en manejo drive
8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	adoptar los procedimientos adecuados , imprimiendo formatos de almera para realizar plan de contingencia si es requerido ,gestion ambiental y calidad ,realizar las actividades de enfermería 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
9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	se realiza las actividades de auxiliar de enfermería 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
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	Asisto a las reuniones citadas y realizo los cursos solicitados por la institución.	Participo en EAC;LCS, Aula Virtual y encuestas.
11. Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos	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
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	Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos.	actas
13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos	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.
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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	17/10/2025	90464841	\$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	8.600	0
						0	
						8.600	

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	17/10/2025	90464841	10
					TOTAL A PAGAR
					\$449.100

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAC	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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																	25-14	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Angélica Bernal Borda
C.C.39763085 DE Bogotá

La suma de \$ 1.925.844, por concepto de: honorarios de octubre d u r a n t e el periodo de 1 al 31 de octubre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 617-2025 APP (HOSPITAL DE BOSA)



Nombre de contratista

Angélica Bernal Borda

C.C.39.763.085 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 20585833686



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

Lesiones asociadas a la dependencia

SELECCIONAR

Su resultado es: 100

Aceptar

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

SELECCIONAR

Su resultado es: 100

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida



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

00HKNEkJVG

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

Certifica que:

ANGELICA BERNAL BORDA

Identificado con:

39763085

Participó y aprobó

El Curso virtual de Seguridad del Paciente V4 - 40 Horas

Lorena Colmenares G.

***Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano***

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”

Expedido en la ciudad Bogotá el 14 de October de 2025



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Validez 2 años

buaCJLUo34

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

Certifica que:

ANGELICA BERNAL BORDA

Identificado con:

39763085

Participó y aprobó

El Curso virtual de Reinducción Institucional Subred Suroccidente - OPS 2025 con una Intensidad de 4 Horas.



Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano

2 de October de 2025

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"