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:	flor salazar aguilar						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	35600594	
CORREO ELECTRONICO:	flornes@outlook.es				CELULAR:	3046137942	
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	62457313719				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	612			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53622	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
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:	$19,991,016
VALOR EJECUTADO	$19,991,016
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
8391168769	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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
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.	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 v 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.	
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.	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.
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.	actas
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos.	actas
15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado	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 Certificada 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR

C.C . 35600594 De Quibdó- Choco

La suma de $ 1.925.844 por concepto de honorarios durante el periodo de 1 al 31 de diciembre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 612-2025



Nombre del contratista

FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR

C.C . 35600594 De Quibdó- Choco

Cuenta de Ahorros Bancolombia

62457313719

ov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14316513

Aumentar el contraste

UTC -5 8:32:26
FLOR IRIS SALAZAR...

nú Ir a Buscar...

contratos → Ver contrato

celar < Evaluación de la Entidad Estatal >

R CONTRATO

n del Contrato

centaje Recepción de artículos

Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
xisten resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

ntos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
35600594.zip (Archivado)	35600594.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR CC 35600594.zip (Archivado)	FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR CC 35600594.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
ejecuciones mes mayo.pdf (Archivado)	ejecuciones mes mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
pantallazos mayo.pdf (Archivado)	pantallazos mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION FEBRERO.pdf	EJECUCION FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION MARZO.pdf	EJECUCION MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION ABRIL.pdf	EJECUCION ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION MAYO.pdf	EJECUCION MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION DE JUNIO.pdf	EJECUCION DE JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION JULIO.pdf	EJECUCION JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EJECUCION DE AGOSTO.pdf	EJECUCION DE AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PANTALLAZOS OCTUBRE FLOR.pdf	PANTALLAZOS OCTUBRE FLOR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PANTALLAZOS NOVIEMBRE FLOR.pdf	PANTALLAZOS NOVIEMBRE FLOR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

lar < Evaluación de la Entidad Estatal >

aim.com/survey?data=eyJhcGIrZXkiOiI3ZjNiOTVmYzU4Yjk3ZWM1NjY5YWY5YzkyMzMxZTg3YzQ1OGIyZGMwNjYwMWFiYTU0NWU2ZjAyNjA4YTYzZmE3IiwiY29ubmVjdGlvbiI6InNnaXNyc28iLCJlbmRwb2ludCI6Imh0dHBzJTNBJTJGJ...

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

Clima de seguridad del paciente 2025

Se registró la información con éxito

Aceptar

Clima de segurid

¿Cuál es su perfil

Pregunta requeri

Sede de atención

Pregunta requerida

Cual es su cargo o actividad en la institución?

Pregunta requerida

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR
No. Identificación: CC35600594
Dirección: CALLE 53C SUR NO.87B- 46
Telefono: 7799800
Correo: esmeralda_591@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91961495

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC35600594	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	91961495	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-12-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2118565	**Total Pagado**	440500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

91961495

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35600594
APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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