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:	Angie Lizeth Mahecha Espinosa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013630533	
CORREO ELECTRONICO:	angielizethmahecha333@gmail.com				CELULAR:	3107692224	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CTO 2035 SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16V07-9	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	21187716885				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7115			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2465	FECHA	2025-12-15 11:57:06.000	NÚMERO DE CRP	56411	FECHA	2025-12-19 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-10-24		2025-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$899,640				
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:	$9,167,760
VALOR EJECUTADO	$899,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$899,640
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,268,120
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	10%

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
CERTIFICADOS	$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.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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
Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	1. Se realizan las inspecciones iniciales de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia o la activación de la ruta para traslado de ciudadanos por condición de salud mediante línea al 123, o por medio de comentario del caso a la referente clínica y administrativa del contrato por parte de la sub red.
Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda.	2. Se realizan valoraciones de ingreso para definir plan de manejo dentro del CTP. Se realizan tamizajes de salud mental y consumo (ASSIST y SRQ cuando corresponda). Se utiliza las herramientas socializadas y estipuladas por la subred. Se realizan seguimientos y monitoreos de valoración periódica durante la estancia. Se aplican tamizajes como.
Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.	3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.	3. Se Identificaron y canalizaron según los riesgos en salud de los ciudadanos activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS. Soporte herramienta de valoración.
Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.	4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.	4. Se participo en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.
Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.	5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.	5. Se realizaron talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas. Se entrega soporte de la ejecución de taller y educación brindada.
Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.	6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.	6. Se garantizó una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, se promovió la empatía, el respeto y la contención terapéutica. Se presto el servicio bajo habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP.

Copia Certificada
Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGIE LIZETH MAHECHA ESPINOSA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013630533, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n segú n información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251017	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A SOLICITUD PROPIA

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: Lina Chat Bot CER-AFI 30680275

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Medellín, 26 de noviembre 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 ANGIE LIZETH MAHECHA ESPINOSA identificado(a) con C1013630533 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:C10136305332533075521

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE LIZETH MAHECHA ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.630.533**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.