

					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:			YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52474513
CORREO ELECTRONICO:			dasagumo@hotmail.com			CELULAR:		7560505
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT ENFERMERIA PYD USS OLARTE			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA31A38	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7500915967				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		808			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3066	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,682,800				
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:					\$40,035,600			
VALOR EJECUTADO					\$40,035,600			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$3,682,800			
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	
4630272234	\$1,473,120	\$184,140		\$235,699	3	\$35,885	\$455,724	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ALBA EDITH LOPEZ 51770278 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Practicar las intervenciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad	Historia Clínica
Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
Elaborar las historias clínicas completas de acuerdo con la normatividad vigente	Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos	historia Clínica
Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	Apoyo en las diferentes estrategias establecidas, Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación	Fichas de Notificación
Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del estado	Participación en la elaboración de diagnóstico según corresponda a	Actas - diagnostico
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	Evaluación de los programas ofrecidos	Evaluación
Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad	Identificación y notificación de necesidades de los usuarios	Notificaciones
Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio	Realizar seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere	Historia Clínica
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de la influencia que permita proponer alternativas de solución	Informar acerca de la demanda y oferta de los servicios	Informes
Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para su actividad	Diligenciamiento adecuado y claro de todos los documentos establecidos según lineamientos	Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Consentimiento Informado
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio	Informe acerca de anomalías presentadas en la prestación del servicio	Informes
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales	Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	Informes
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo	Participación en la actualización de los procesos	actas
Conocer aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de gestión Ambiental, manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual	Realizar actividades acorde a los procedimientos establecidos	Proceso de Atención
Asistir y Participar activamente en los procesos de actualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute.	asistir a reuniones y participar en actividades acorde a los procedimientos establecidos.	Proceso de Atención
Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	Realizar actividades acorde a los establecido	Informe de actividades
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada	Realización de actividades establecidas	Agenda - historia Clínica
Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabilidad.	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas	archivo
revisar y notificar al líder el estado de las agendas de programación de servicios..	Informar al líder del estado de las agendas	Informe

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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

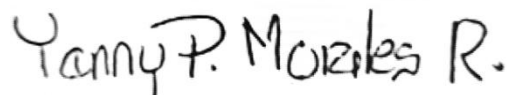
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENNY PATRICIA MORALES ROFRIGUEZ
C.C 52.474.513

La suma de \$3.682.800 por concepto de: honorarios, durante el periodo de 1 al 31 de diciembre de 2025 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 808-2025.



YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ
C.C.52.474.513 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 7500915967

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																					
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		52474513					NÚMERO PLANILLA:		4630272234					TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO:		YENNY PATRICIA MORALES RODRIGUEZ					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		noviembre		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		noviembre		AÑO		2025	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 78 N # 41-04 SUR		TELÉFONO:		4515189					DÍAS DE MORA:		6		2025/12/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995011632							
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/09													
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act																				
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																								
FORMA DE PRESENTACIÓN:																										
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO																				

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 235.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 0	\$ 235.700	\$ 900	\$ 236.600		
SUBTOTALES:												\$ 235.700	\$ 900	\$ 236.600		

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 184.200	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 184.200	\$ 700	\$ 0	\$ 184.900	
SUBTOTALES:													\$ 184.200	\$ 700	\$ 0	\$ 184.900	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 35.900	\$ 35.900	\$ 200	\$ 0	\$ 36.100
SUBTOTALES:									\$ 35.900	\$ 200	\$ 0	\$ 36.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR							
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 29.500	\$ 200	\$ 29.700
SUBTOTALES:					\$ 29.500	\$ 200	\$ 29.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE		
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																					
1	CC 52474513	MORALES RODRIGUEZ YENNY PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.473.120				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.473.120	\$ 235.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 235.700	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.473.120	\$ 184.200	\$ 0	\$ 184.200	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.473.120	\$ 52474513	\$ 35.900	30	\$ 1.473.120	CCF24-COMPENSAR	\$ 29.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 487.300

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta de Cobro-Febrero 2025.pdf	Cuenta de Cobro-Febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro -Marzo.pdf	Cuenta de Cobro -Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro -Abril.pdf	Cuenta de Cobro -Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro -Mayo.pdf	Cuenta de cobro -Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion JUNIO.pdf	Ejecucion JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion JULIO.pdf	Ejecucion JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion -Agosto.pdf	Ejecucion -Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion -Septiembre.pdf	Ejecucion -Septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion- Octubre.pdf	Ejecucion- Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion- Noviembre.pdf	Ejecucion- Noviembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >