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:	paula andrea gonzalez mendoza						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1006089513	
CORREO ELECTRONICO:	pgonzalezm1724@gmail.com				CELULAR:	3124751879	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD RENAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J17	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20100008060				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7642			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	387	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,489,616				
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	$4,979,232
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,489,616
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
35743592	$995,846	$124,481	$159,335	3	$24,259	$308,075

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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
Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal.	1. Porta uniforme y elementos nesesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodialsis.2.Realiza toma de signos vitales en cada sesion de hemodialsiis. 3. Dispensa acido y bicarbonato .4. Programa maquina de hemodialisis segun prescripcion medica. 5.Asiste conexion y desconexion de acceso vascular segun protocolo	1.Historia Clinica 2. Registros con firma y sello-2. Adeherencia a protocolos
Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal.	1. Manteniene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo.	1. Lista de verificacion
Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva.	1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesion de hemodialisis durante las cuatro horas 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodilaisis. 4. Asiste toma muestras para laboratorio mensuales , segun protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atencion de complicaciones propias de la terapia	1. Inventarios , Registros
Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva.		
Manejo , uso de recursos fisicos , insumos equipos, e identificacion.	1. Monta maquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialsiis según revista medica especializada. 2. Dilaiza paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripcion medica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo dia que se presente	1. formatos establecidos para reporte de informacion
Entrega de reporte indicadores de calidad.	1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialsiis, según parametros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialsiis 3.Diligencia hoja de sesion de hemodialsiis . 4. Realiza lavado de manos 5. Realiza inventarios en cada turno 6. Vela por los insumos e inmuebles de la unidad renal	1. Consolidados diarios .

Copia Certificado Subred Sur Occidente

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1006089513	0	PAULA ANDREA GONZALEZ MENDOZA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 65 J SUR 77 N 14		3228080175			PGONZALEZM1724@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35743592	I	2026-01-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	446.000	5.500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35743592	2026-01-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1006089513	GONZALEZ MENDOZA PAULA ANDREA	1.423.500		X															0			30	30	0	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	440.500	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1006089513	0	PAULA ANDREA GONZALEZ MENDOZA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 65 J SUR 77 N 14		3228080175			PGONZALEZM1724@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35743592	I	2026-01-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	446.000	5.500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35743592	2026-01-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	2.800	0	230.600
PROTECCION	230201	800229739	0	1	227.800	0	2.800	0	230.600
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	2.200	0	180.200
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	178.000	0	2.200	0	180.200
ARP(Administradoras: 1)				1	34.700	0	500	0	35.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	34.700	0	500	0	35.200
Gran Total					440.500	0	5.500	0	446.000

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1006089513	GONZALEZ	MENDOZA	PAULA	ANDREA	2023-06	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	1006089513	GONZALEZ	MENDOZA	PAULA	ANDREA	2025-11	Famisanar	COTIZANTE
CC	1006089513	GONZALEZ	MENDOZA	PAULA	ANDREA	2025-08	Famisanar	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Famisanar	11/2025	10	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2025	11	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	08/2025	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	07/2025	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	06/2025	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006089513
NOMBRES	PAULA ANDREA
APELLIDOS	GONZALEZ MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/10/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/30/2026 16:06:08	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT: 900.959.048-4
DEBE A:

PAULA ANDREA GONZALEZ MENDOZA
CC 1006089513 DE BOGOTA

La suma de $ 2.489.616 dos millones cuatrocientos ochenta y nueve mil seiscientos dieciséis . : Por Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7642/2025



PAULA ANDREA GONZALEZ MENDOZA
CC 1006089513 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
No. 20100008060