

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		marian yineth parra mora					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1012366949		
CORREO ELECTRONICO:	marianparra2607@gmail.com			CELULAR:	3108744703		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PARTOS Y CESAREAS USS HOSPITAL BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37D01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550009900330367			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		2153		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	591	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:				\$2,627,928			
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:	\$20,193,602
VALOR EJECUTADO	\$19,225,368
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,627,928
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$968,234
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
8392324568	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

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

carlos alberto corredor
1070020178
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
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

carlos alberto corredor
1070020178
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

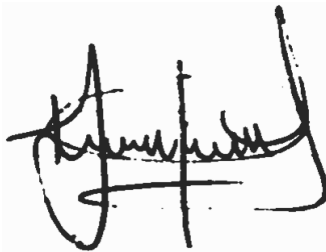
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIAN YINTEH PARRA MORA

C.C 1.012.366.949 DE BOGOTA

La suma de 2.627.928 por concepto de: *Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 2153-2025*



MARIAN YINTEH PARRA MORA

C.C 1.012.366.949 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550009900330367



Urgencias

Total de puntos **100/100** ?

POSTEST

Nombre *

Marian yineth parra mora

Cedula *

1012366949

Servicio *

- Hospitalización
- UCI
- Salas de cirugía
- Salas de partos
- Urgencias





Consentimiento Informado para Hospitalización y Urgencias

Se registró tu respuesta.

[Ver la puntuación](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

REGISTRO DE ENFERMERIA

Paciente: 1060549067 - KELLY JOHANA PINEDA - FEMENINO - 35 AÑOS / 3 Meses / 10 Días

Ingreso: 14192581 - Ambulatorio - Urgencias

Lista de Registros

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermero	Área de Servicio
26/01/2026 20:00	19	RIESGO BAJO	FARRA MOIRA MARIJUAN YINETH	PARTOS Y CESARIAN UES HOSPITAL BOCA
25/01/2025 17:20	19	RIESGO BAJO	RAMOS LOAJEA DEDY JEMANA	PARTOS Y CESARIAN UES HOSPITAL BOCA

Alto Riesgo | Riesgo Moderado | Riesgo Bajo

Escala de Braden

1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia rotacionada con la Presión)

1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.

2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.

3 Levemente Limitada. Responde a Órdenes Verbales.

4 No Alterada. Sin Déficit sensorial.

2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

1 Completamente Húmeda. Casi constantemente (sudor, orina, drenajes, estoma).

2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.

3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 Horas.

4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.

3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

1 En Cama.

2 En Silla.

3 Camina Ocasionalmente.

4 Camina con Frecuencia.

4. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)

RIESGO UPP TOTAL: Página 1 de 1 (23 Items)

ALTO RIESGO | RIESGO MODERADO | RIESGO BAJO

Lista de Registros

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermero	Área de Servicio
26/01/2026 20:00	19	RIESGO BAJO	FARRA MOIRA MARIJUAN YINETH	PARTOS Y CESARIAN UES HOSPITAL BOCA
25/01/2025 17:20	19	RIESGO BAJO	RAMOS LOAJEA DEDY JEMANA	PARTOS Y CESARIAN UES HOSPITAL BOCA

10 | 20 | 40

Página 1 de 1 (23 Items)

Registro de Enfermería - DGW

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Paciente: 1012217139 - NORMA LIZETH ACUÑA CUEVARA Femenino - 22 Años / 0 Meses / 0 Días Ingreso: 14/02/2021 - Ambulatorio - Urgencia

Escala de Braden

1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)

1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.

2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.

3 Levemente Limitada. Responde a Ordenes Verbales.

4 No Afectada. Sin DHECR sensorial.

2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

1 Completamente Húmeda. Cau constantemente (sudor, orina, drenajes, estomas).

2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.

3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.

4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.

3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

1 En Cama.

2 En Silla.

3 Camina Ocasionalmente.

4 Camina con frecuencia.

4. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)

RIESGO UPP (TOTAL):

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

26/01/2026 20:30 22 RIESGO BAJO 19 RIESGO BAJO

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
26/01/2026 20:30	22	RIESGO BAJO	PARRA MORA MARIAN YINETH	PARTOS Y CESAREAS USS HOSPITAL BOGA
26/01/2026 17:30	19	RIESGO BAJO	RAMOS LOAIZA DESY LILIANA	PARTOS Y CESAREAS USS HOSPITAL BOGA

Debe validarse al menos un ítem.

© 2019 Subred y Asesoría de Colombia S.A.

Registro de Enfermería - DGN x Registro de Enfermería - DGN x Registro de Enfermería - DGN x Registro de Enfermería - DGN x Registro de Enfermería - DGN x +

drive USUARIOS PEDIATRIA HOSPITAL CENSO PEDIATRIA ESTADISTICA PARTO DGN

REGISTRO DE ENFERMERÍA Ventilación Ventiladores y Gases Sanguíneos Consultar Registros 24H Accesos Directos Menu RE

Tabla de control RE Aprepar

Info General Peso/Talla x Registro de Líquidos x Signos Vitales x Notas de Enfermería x Planilla de Medicamentos x Planilla de Suministros x Escala de Delir / Wong-Baker x Valoración Neurológica x Escala de Braden (Adulto) x Valoración Riesgo de Caídas x Control de Ventilaciones

Paciente: 1012405029 - LIZ LEIDY RUIZ QUINONES - Femenino - 22 Años / 11 Meses / 19 Días Ingreso: 14181071 - Ambulatorio - Urgencias

Nombre Hora: 10:00

Lista de Registros Valor de Escala Criterios

Fecha y hora Riesgo UPP Total Nivel de Riesgo Enfermero Área de Servicio

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermero	Área de Servicio
26/01/2026 20:00	27	RIESGO BAJO	DARRA MOREA MABIAN YINETH	PARTOS Y CESAREAS USH HOSPITAL BOGA
26/01/2026 19:30	19	RIESGO BAJO	RAMOS LOPEZ DESY LILIANA	PARTOS Y CESAREAS USH HOSPITAL BOGA

1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión)

- 1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.
- 2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.
- 3 Levemente Limitada. Responde a órdenes verbales.
- 4 No Alterada. Sin Deficit sensorial.

2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

- 1 Completamente Húmeda. Cae constantemente (sudor, orina, drenajes, estomas).
- 2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de cabanas por turno.
- 3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.
- 4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.

3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

- 1 En Cama.
- 2 En Silla.
- 3 Camina Ocasionalmente.
- 4 Camina con Frecuencia.

4. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)

RIESGO UPP (TOTAL): Página 3 de 3 (23 Items)

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

Guardar Cancelar

Debe seleccionarse al menos un ítem.

© 2024 Sistemas y Aplicaciones de Colombia S.A.

ESF LAA 26/01/2026



- 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

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025.pcf	CUENTA FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> IAS MAYO 2025.pdf	IAS MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025.pdf	CUENTA MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE .pdf	CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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

Señor(a): MARIAN YINETH PARRA MORA
No. Identificación: CC1012366949
Dirección: CR 4 ESTE 39 41 SUR
Telefono: 3108744703
Correo: marianparra2607@gmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8392324568

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIAN YINETH PARRA MORA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1012366949	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Número de planilla	8392324568	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Fecha pago	2026-01-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	15691647	Total Pagado	440500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178000	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1012366949
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARIAN YINETH PARRA MORA

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
EPS017	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1013366949	RINCON	GOMEZ	FERNANDO		2021-11	Savia Salud	COTIZANTE
CC	1013366949	RINCON	GOMEZ	FERNANDO		2021-12	Suramericana	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Suramericana	12/2021	19	COTIZANTE	Estado Emergencia
Suramericana	12/2021	11	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Savia Salud	04/2021	19	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo "Observación **" denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.