| 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: | YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 36668339 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | astmara@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3124908041 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE11I05 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 518248265 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2102 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 2656 | 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: | | | $2,143,836 | | | | |
| 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: | $27,800,712 |
| VALOR EJECUTADO | $25,656,876 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,143,836 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,143,836 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 92% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8392461938 - adres - arl | $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.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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 |
|---|---|---|
| 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.permanente. | 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 ambulatorio. | 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 PRESENTEN |
| 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. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 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) |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

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

**Señor(a):** YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO
**No. Identificación:** CC36668339
**Dirección:** CL 67A SUR 81G 82
**Telefono:** 3124908041
**Correo:** astmara@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8392461938

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO |
| **Tipo y número de identificación** | CC36668339 |
| **Número de planilla** | 8392461938 |
| **Fecha pago** | 2026-01-19 |
| **Número de autorización pago** | 93002658 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 471000 |
| **Total Intereses de Mora** | 2000 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34900 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 228700 | 1 |
| CCF21 | Cafam Caja de Compensacion Fliar | 28700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178700 | 1 |

8392461938

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 36668339
APELLIDOS Y NOMBRES: YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO

| 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 | 25-14 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 28500 |

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

**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 | 36668339 | GONZALEZ | MORENO | YOLED | PATRICIA | 2025-11 | Compensar | COTIZANTE |
| CC | 36668339 | GONZALEZ | MORENO | YOLED | PATRICIA | 2015-08 | Saludcoop | COTIZANTE |
| CC | 36668339 | GONZALEZ | MORENO | YOLED | PATRICIA | 2019-11 | Coosalud | COTIZANTE |
| CC | 36668339 | GONZALEZ | MORENO | YOLED | PATRICIA | 2016-01 | Sanitas | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Compensar | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Compensar | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Compensar | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Coosalud | 11/2019 | 11 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Saludcoop | 08/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Saludcoop | 07/2015 | 30 | 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.

ARL

Medellin, 19 de diciembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO** con documento de identidad **C36668339**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO**
C.C. 36.668.339 de SANTA MARTA

La suma de $2.143.836 (**Dos millones ciento cuarenta y tres mil ochocientos treinta y seis mil pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales 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 como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **HOSPITALIZACION**.

De acuerdo con el 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 2102-2025.**

Yoled González Moreno

**YOLED PATRICIA GONZALEZ MORENO**
C.C. 36.668.339 de SANTA MARTA
Cel: 312.4908041
CUENTA DE AHORROS # 518248265
Banco BBVA COLOMBIA S.A