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:	CLAUDIA PINZON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012329577	
CORREO ELECTRONICO:	pinzoncristanchoc@gmail.com				CELULAR:	9210423	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QX CIRUGÍA GENERAL USS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37C01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24074909058				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2764			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	556	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,112,640				
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:	$46,267,200
VALOR EJECUTADO	$46,267,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,112,640
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
27704212	$1,593,648	$199,206	$254,984	3	$38,821	$493,011

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

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
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	TRABAJ0 EN EQUIP0
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	MANEJ0 DE LA INFRMACI0N
) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	HIST0RIA CLINICA
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido	Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido	TRABAJ0 EN EQUIP0
Participar en la programación de las actividades del área	Participar en la programación de las actividades del área	CUAND0 SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SISTEMA DE INF0RMACI0N
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SISTEMA DE INF0RMACI0N
Impartir instrucciones al personal a cargo	Impartir instrucciones al personal a cargo	TRABAJ0 EN EQUIP0
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SISTEMA DE INF0RMACI0N
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	CUAND SE REQUIERA
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	HIST0RIA CLINICA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SISTEM,A DE INF0RMACI0N
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	TRABAJ0 EN EQUIP0
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	CUAND SE REQUIERA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SISTEMA DE INFRMACI0N
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUAND0 SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUAND0 SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	TRABAJ0 EN EQUIP0
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	TRABAJ0 EN EQUIP0

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	TRABAJ0 EN EQUIP0
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	CUAND0 SE NECESARI0
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	CUAND0 SEA NECESARI0
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUAND SEA NECESARI0

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

DOCUMENTOEQUIVALENTEA FACTURA

LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOSDESALUD SUROCCIDENTE

E.S.ENIT:900.959.048-4

DEBEA:CLAUDIAVIVIANAPINZONCRISTANCHO
C.C.1.012.329.577 DEBOGOTA

La sumade 4.112.640,por conceptode:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES YDEAPOYO A LA GESTIÓN COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de ENER0 de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2764-2025.

Nombre de contratista
CLAUDIAVIVIANAPINZONCRISTANCHO
C.C. 1.012.329.577 DE BOGOTA
CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO24074909058

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1012329577	PINZON	CRISTANCHO	CLAUDIA	VIVIANA	2025-11	Compensar	COTIZANTE

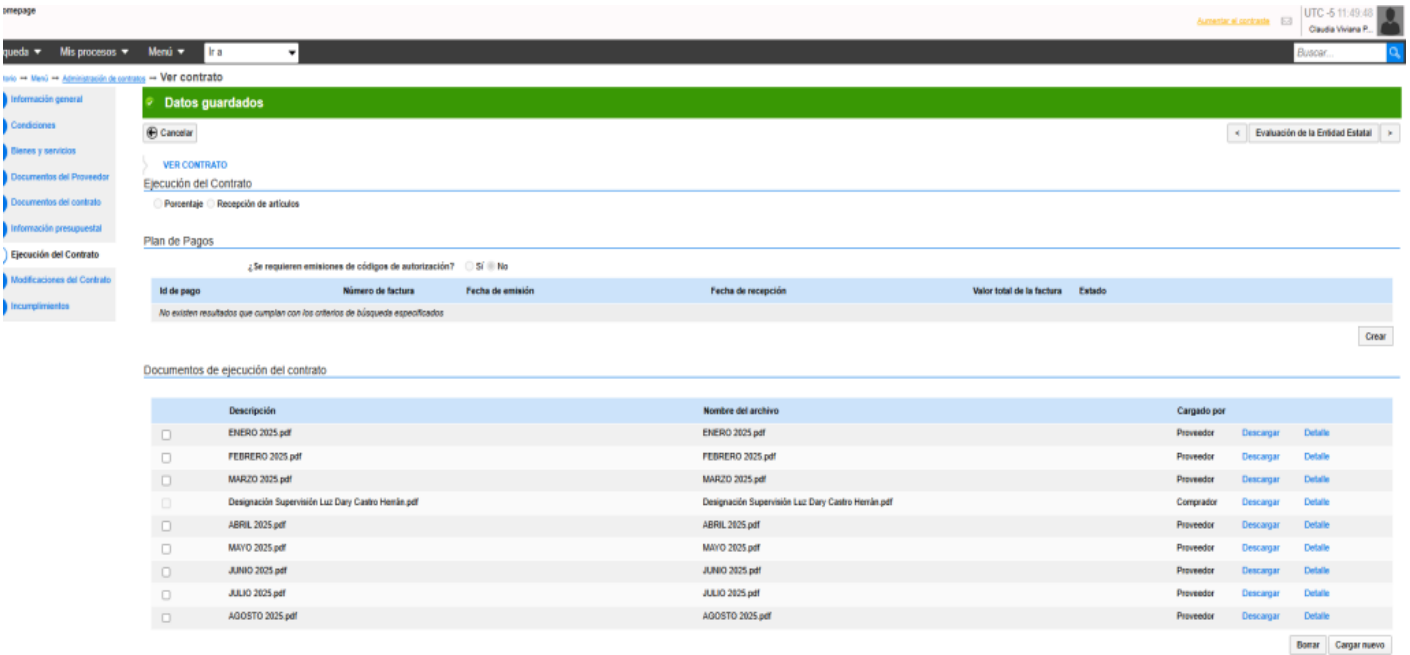
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
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

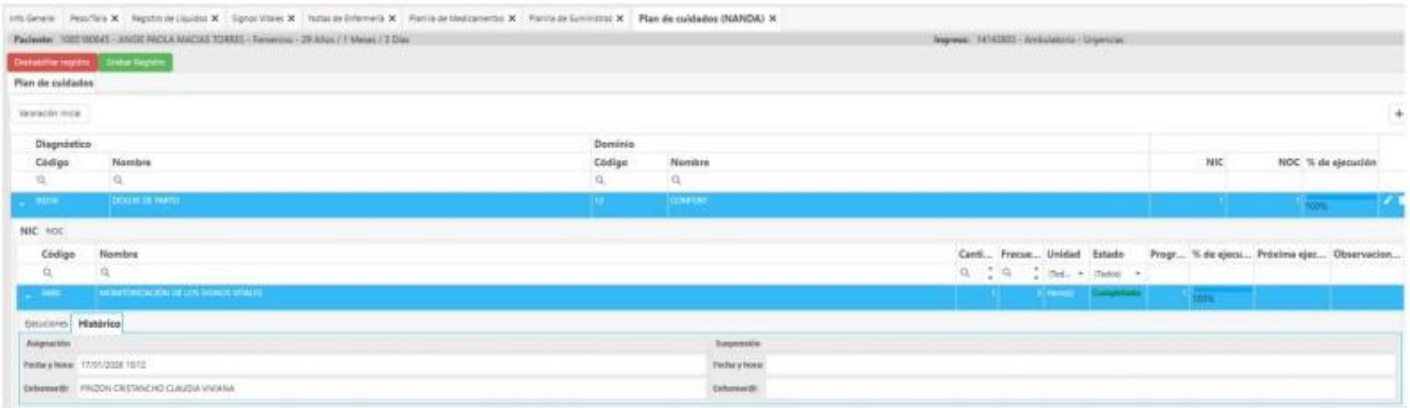
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

147 Registros en 15 Paginas

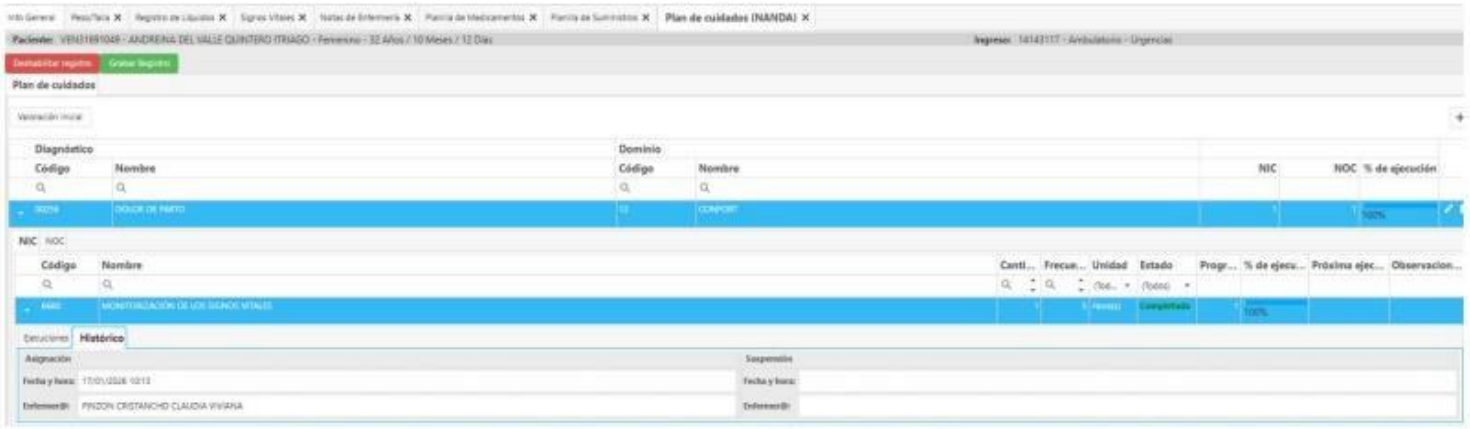
Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016. Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo

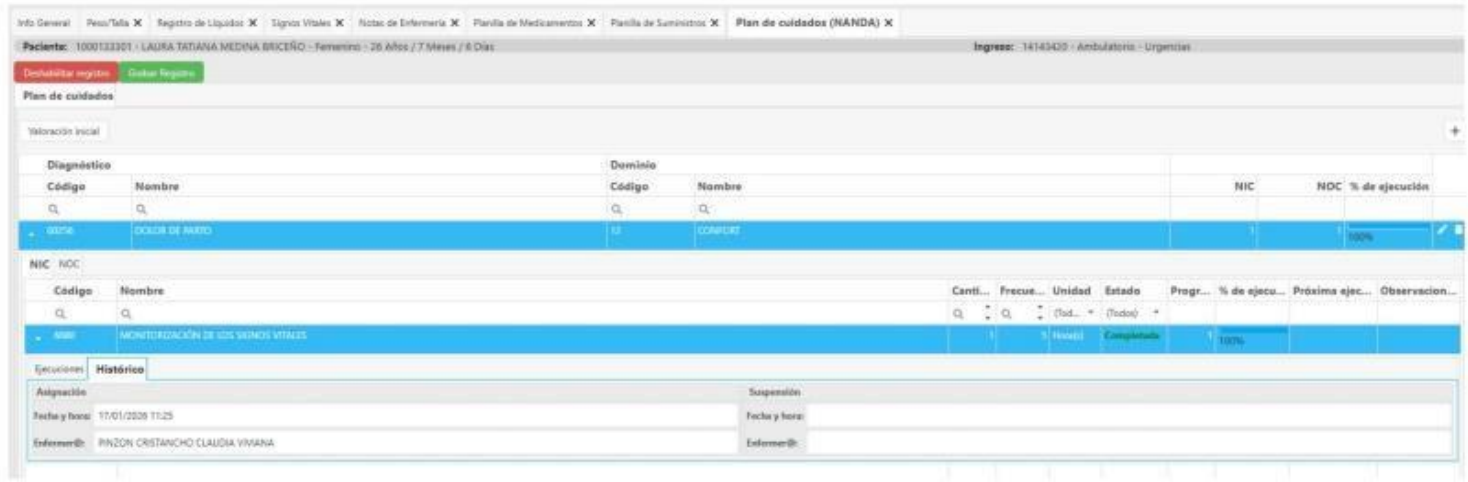

Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
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
ENERO 2025.pdf
FEBRERO 2025.pdf
MARZO 2025.pdf
Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf
ABRIL 2025.pdf
MAYO 2025.pdf
JUNIO 2025.pdf
JULIO 2025.pdf
AGOSTO 2025.pdf
Proveedor
Comprador
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

Plan de cuidados (NANDA)
Plan de cuidados
Diagnóstico
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
Histórico


Plan de cuidados (NANDA)
Plan de cuidados
Diagnóstico
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
Histórico

Plan de cuidados (NANDA)
Plan de cuidados
Diagnóstico
Dominio


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: VEN31691049 - ANDREINA DEL VALLE QUINTERO ITRIAGO - Femenino - 32 Años / 10 Meses / 12 Días
Ingreso: 14143117 - Ambulatorio - Urgencias
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00216
DOLOR DE PARTO
13
CONFORT
100%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observacion...
6680
MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
Hora(s)
Completado
100%
Ejecuciones
Histórico
Asignación
Suspensión
Fecha y hora:
17/01/2026 10:13
Enfermer@:
PINZON CRISTANCHO CLAUDIA VIVIANA


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1000133301 - LAURA TATIANA MEDINA BRICEÑO - Femenino - 26 Años / 7 Meses / 6 Días
Ingreso: 14143420 - Ambulatorio - Urgencias
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00216
DOLOR DE PARTO
13
CONFORT
100%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observacion...
6680
MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
Hora(s)
Completado
100%
Ejecuciones
Histórico
Asignación
Suspensión
Fecha y hora:
17/01/2026 11:25
Enfermer@:
PINZON CRISTANCHO CLAUDIA VIVIANA

ASEGURATE ENNERO 2026

pinzoncristanchoc@gmail.com
Cambiar cuenta

Se guardó el borrador

* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo electrónico *

Registrar pinzoncristanchoc@gmail.com como el correo electrónico que se incluirá en mi respuesta

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO

Claudia Viviana Pinzón cristancho

CEDULA DE CIUDADNIA SIN PUNTOS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012329577	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO	CALLE 65 H SUR 78 J 27	4912263	pinzoncristanchoc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	27704212	$493.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	199.300	0		0		0	0	0	0	199.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	255.100	0	0	0	0	0	0		255.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.900				38.900	0	0	38.900			389	38.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	199.300	199.300
Pensión	1	255.100	255.100
Riesgos Laborales	1	38.900	38.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	493.300	493.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012329577	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO		CALLE 65 H SUR 78 J 27	4912263	pinzoncristanchoc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	27704212	$493.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012329577	PINZON CRISTANCHO CLAUDIA VIVIANA	59	0			N								X								25-14	1.594.000	255.100	0	0	0	0	EPS008	1.594.000	199.300	14-11	1.594.000	3	38.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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