| 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: | DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52364904 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nanita_3030@hotmail.com | | | | CELULAR: | . | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ORTOPEDIA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10I02 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570117283 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 465 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 850 | FECHA | 2026-03-27 16:34:15.000 | NÚMERO DE CRP | 15566 | FECHA | 2026-03-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-03-01 | | 2026-03-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,489,400 | | | | | | |
| 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: | $5,144,760 |
| VALOR EJECUTADO | $4,978,800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,489,400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $165,960 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8352131029 | $995,760 | $124,470 | $159,322 | 3 | $24,257 | $308,048 |

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

BLANCA CECILIA GARCIA VELA
51976371
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 |
|---|---|---|
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. | "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. 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente." | participar reibo y entrega de turno. |
| "Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. Conocer y aplicar las políticas institucionales." | "Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención 5) 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. 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 7) 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." | cumplimiento de protocolos institucionales |
| Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | ejecutar planes de mejora institucionales |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | conocer protocolos y procedimientos institucionales |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | planilla de pago de seguridad social mensual |
| Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales | Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | registros de enfermeria en la historia clinica |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | realizar registros en libros de inventarios de cada servicio |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | lista de firma asistencia a capacitaciones. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

BLANCA CECILIA GARCIA VELA
51976371
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**

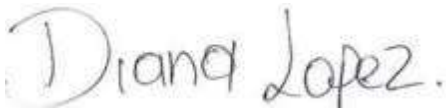
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ**

**C.C 52.364.904 DE BOGOTA D.C**

La suma de $2.489.400 (DOS MILLONES, CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL, CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería en el área de ORTOPEDIA hospitalización de la unidad de Kennedy, durante el periodo de **01 al 31 de MARZO DE 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 465-2026.



**DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ**

**Nombre de contratista**

**C.C 52.364.904 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

Numero 570117283

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

**Señor(a):** DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ
**No. Identificación:** CC52364904
**Dirección:** CALLE 38 SUR # 72Q-53 BLOQUE 11 APTO 224
**Telefono:** 3197225124
**Correo:** nanita_3030@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8352131029

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC52364904 | **Periodo de Cotización Salud** | febrero de 2026 |
| **Número de planilla** | 8352131029 | **Periodo de Cotización Pensión** | febrero de 2026 |
| **Fecha pago** | 2026-03-16 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 37179741 | **Total Pagado** | 557200 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 4800 |

PAGADA
8352131029

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 43100 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 282600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 10700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 220800 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52364904
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ALEXANDRA LOPEZ DIAZ

| 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 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 10600 |

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