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:	Luz Angela Gangotena Alvarez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52769867	
CORREO ELECTRONICO:	luzangelagangotena@hotmail.com				CELULAR:	3125874915	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CASA MAS BIENESTAR CONV 8505107-2025 USS BOSTON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO02V03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9515446				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	663			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11324	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2026-03-01	HASTA	FECHA FINAL 2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,571,630				
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:	$10,289,520
VALOR EJECUTADO	$10,289,520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,571,630
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
8361922718	$1,028,652	$128,582	$164,584	3	$25,058	$318,224

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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 implementación de la estrategia Casa MAS Bienestar conforme a los lineamientos definidos por la entidad.	Cumplimiento de la implementación operativa de la estrategia Casa MAS Bienestar	Actas, reportes de implementación, seguimiento
Prestar los servicios asignados dentro del Modelo MAS Bienestar, asegurando una atención oportuna y continua.	Prestación de servicios en el marco del Modelo MAS Bienestar	Registro de actividades prestadas + soporte técnico
Dar continuidad al acompañamiento del usuario, coordinando con los equipos de trabajo y entidades de apoyo cuando sea necesario.	Asegurar continuidad del plan de manejo clínico	Registro de articulaciones con equipos e IPS
Brindar atención extramural al usuario y dejar los soportes administrativos y de seguimiento correspondientes.	Soportes de la atención extramural por paciente	Soportes de la atención extramural por paciente
Registrar de manera clara y completa la información de los usuarios atendidos, con las evidencias requeridas.	Relación de usuarios atendidos con evidencia	Planillas + fotos + reporte
Verificar y garantizar el suministro continuo de condiciones adecuadas de habitabilidad para los usuarios.	Suministro continuo de condiciones de habitabilidad	Listado de entregas / verificación mensual
Realizar la entrega y recibo de turno por usuario, asegurando la continuidad del acompañamiento.	Entrega y recibo de turno por paciente	Formato de turno firmado
Ejecutar las actividades asignadas de acuerdo con las funciones del cargo y dejar los registros correspondientes.	Ejecución de actividades de enfermería asignadas	Registros en historia clínica
Informar oportunamente cualquier novedad o cambio relevante durante la atención.	Informar cambios clínicos oportunamente	Reporte de cambios/evolución
Aportar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Retroalimentar al supervisor dificultades en la atención	Actas o comunicaciones formales
Comunicar al supervisor las dificultades, novedades o situaciones presentadas en la atención.	Asesorar plan de cuidados y seguimiento en casa	Registro de educación al usuario
Orientar al usuario y su familia en el plan de cuidados y seguimiento en el domicilio.	Aplicar bioseguridad, SO, ambiental y calidad	Evidencias de cumplimiento de normas
Cumplir las normas de bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y calidad.	Orientar pacientes según necesidades e institucionalidad	Registros en historia / planillas
Orientar a los usuarios de acuerdo con sus necesidades y la institucionalidad vigente.	Registrar reportes y libros del servicio	Documentos diligenciados
Registrar y diligenciar correctamente los reportes y los informes.	Diligenciar documentos para facturación y estadística	Formatos completos y revisados
N/A	Apoyar cumplimiento del SOGC	Soportes de implementación
Apoyar el cumplimiento de los procesos de calidad establecidos por la entidad.	Elaborar informe mensual de actividades	Informe firmado y radicado
Elaborar y presentar el informe mensual de actividades dentro de los tiempos definidos.	Responder por elementos entregados	Acta de entrega/recibo
Responder por el uso, cuidado y devolución de los elementos entregados.	Participar en capacitaciones e inducciones	Listas de asistencia
Participar en las capacitaciones, inducciones y actividades convocadas por la entidad.	Notificar fallas de calidad y ejecutar mejoras	Reporte + plan de mejora
Reportar fallas de calidad y apoyar la ejecución de acciones de mejora.	Cumplir con procedimientos establecidos por Subred	Checklist de cumplimiento
Cumplir los procedimientos y lineamientos establecidos por la entidad.	Apoyar actividades interinstitucionales y extra institucionales	Evidencia documental del apoyo
Apoyar las actividades interinstitucionales y extra institucionales cuando sea requerido.	Registrar actividades en sistema de información	Capturas o reportes mensuales
Registrar oportunamente las actividades realizadas en los sistemas de información.	Constancia mensual de seguridad social	Soporte de pago
Aportar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Realizar actividades adicionales asignadas	Evidencias de ejecución

Copia Certificada
Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ**, identificada con **CC** número **52769867**, aportó por **LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ**, identificado(a) con **CC** número **52769867** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8361922718** para el periodo de salud **2026-02** y pensiones **2026-02** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.750.905	0,02436	3	$42.700	Febrero - 2026	8361922718	20/03/2026	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Febrero - 2026	8361922718	20/03/2026	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Febrero - 2026	8361922718	20/03/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Marzo de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

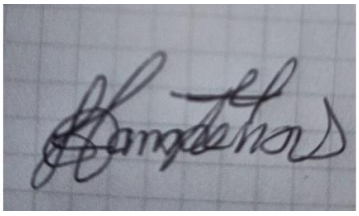
DEBE A:

LUZ ANGELA

GANGOTENA ALVAREZ

C.C 52769867 DE BOGOTA

La suma de $ 2.571.630 Dos millones quinientos setenta y unos mil seis cientos treinta pesos m/cte.), por concepto de: Prestar servicios como Auxiliar de Enfermeria de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional en la Dirección Hospitalaria durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 663-2026



LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ

C.C 52769867 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 009515446