DOCUMENTOEQUIVALENTEA FACTURA

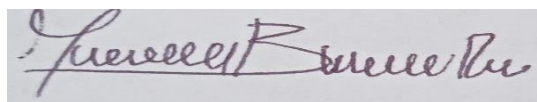
LASUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.ENIT: 900.959.048-4

DEBEA:

MARZA BERMUDEZ ROA

C.C53066299 DEBOGOTÁ

La suma de ,DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS VEINTE. PESOS $2.347.320, por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el centro de salud VILLA JAVIER de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 01 al 31 de Marzo 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1483-2026.



MARTIZA BERMUDEZ ROA
C.C 53066299 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 91215464569

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	53066299	MARITZA BERMUDEZ ROA	cra87#73b-07	3057813842	maritzabermudezroa@outlook.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72612492	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53066299	MARITZA BERMUDEZ ROA	cra87#73b-07	3057813842	maritzabermudezroa@outlook.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72612492	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53066299	BERMUDEZ ROA MARITZA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	MARITZA BERMUDEZ ROA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53066299	
CORREO ELECTRONICO:	maritzabermudezroa@outlook.com				CELULAR:	3057813842	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91215464569				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1483			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	12082	FECHA	2026-02-01 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:			$2,347,320				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		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:	$9,389,280
VALOR EJECUTADO	$4,694,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,347,320
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,694,640
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
61949913	$938,928	$117,366	$150,228	3	$22,872	$290,467

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
1.Realizar el seguimiento y la gestión de las rutas de atención establecidas por la Subred que le sean asignadas, tales como la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Ruta Materno Perinatal, Ruta Cardiocerebrovascular, Ruta de Cáncer, Ruta de Alteraciones Nutricionales, Ruta de Enfermedades Respiratorias, Ruta de Sustancias Psicoactivas y la Ruta de Salud Mental, entre otras, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales.	Realizo seguimiento de manera diaria a la poblacion d ela ruta que me es designada por el supervisor .	bases anexadas en carpeta
2. Brindar información y educación al usuario sobre los signos de alarma y los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida, de acuerdo con las rutas de atención establecidas y los lineamientos institucionales.	Brindo información y educación al usuario sobre signos de alarma y cuidados a tener según su patología	se brinda educacion en el momento de seguimientos pero no se realiza acta
3. Realizar llamados a los usuarios para la demanda inducida de las diferentes rutas de atención, así como para la recordación de citas, reprogramación de agendas, canalización de usuarios inasistentes, seguimiento a pacientes con resultados críticos y asignación en agendas en reserva o en el sistema Dinámica Gerencial.	Realizo la previa demanda inducida del usuario según ciclo de vida, realizo llamada de agenda según el profesional designado verificación de agenda ante el sistema	Anexo las llamadas de las agendas de los profesionales asignados, anexo la demanda inducida realizada durante el mes
4. Registrar en el sistema de historias clínicas Dinámica los seguimientos de los pacientes de las diferentes rutas de atención, garantizando la calidad y oportunidad en el registro.	Registro en dinamica los seguimientos realizados de manera mensual	registro oportuno en dinamica de los seguimientos realizado y adjuntar base de los pacientes que se les realizo el seguimiento
5. Revisar oportunamente los aplicativos o bases de datos de las diferentes rutas de atención, gestionar los seguimientos y realizar demanda inducida a los pacientes, garantizando el cumplimiento de las metas establecidas.	Reviso las bases que me sean enviado para realizar seguimiento y dar respuesta a la demanda inducida dando cumplimiento de la meta	anexo base de ruta con los seguimientos realizados y demanda inducida
6. Realizar la notificación inmediata y semanal de los eventos de interés en salud pública, con la debida precrítica, así como socializar los hallazgos.	Realizo la notificacion semanal o de ficha individual cuando me corresponda	realice un reporte semanal de sivigila y precriticas de sivim vespa sisvecos
7. Asistir al COVE local de SIVIGILA y a sus subsistemas, socializando la información con su equipo de trabajo.	Asisto al cove de sivigila cuando me sea designado	no e asistido a cove este mes
8. Realizar la Búsqueda Activa Institucional (BAI) de forma diaria y mensual, gestionar con los profesionales las notificaciones no realizadas y remitir oportunamente la información a Vigilancia Epidemiológica.	Realizo la búsqueda activa BAI cuando me sea solicitada	no realizo bai
9. Atender a los pacientes en el servicio de vacunación, de acuerdo con los protocolos institucionales, garantizando la calidad de la atención, participando en jornadas de vacunación, realizando demanda inducida, efectuando seguimiento a la cohorte y a la población asignada de las diferentes EAPB y entregando informes mensuales de manera oportuna.	Realizo atencion en vacunacion cuando se requiere mi apoyo	no e apoyado este mes vacunacion
10. Realizar los procedimientos mínimos de acuerdo con su perfil profesional y circular al profesional que ejecuta procedimientos en consulta externa, adhiriéndose a los lineamientos establecidos en el Manual de Bioseguridad, si se encuentra asignada a dicha actividad.	Realizo apoyo al profesional cuando me sea requerido en procedimientos mínimos	Adjunto la agenda del profesional con los seguimientos realizados
11. Realizar la limpieza y desinfección rutinaria y terminal de los consultorios y equipos biomédicos, diligenciando oportunamente las planillas designadas de forma diaria, si se encuentra asignada a dicha actividad.	Realiza la limpieza y desinfección de manera rutinaria y terminal al consultorio que me es designado	pdf asignados de consultorios
12. Dotar diariamente los consultorios con los elementos médico-quirúrgicos, equipos biomédicos, papelería e historias clínicas necesarios para la adecuada realización de la consulta.	Velo y respondo por la dotación del consultorio que mes designado	Formato de entrega de insumos al profesional
13.Realizar los pedidos de insumos médico quirúrgicos y medicamentos en el sistema Dinámica, efectuar la recepción técnica, diligenciar las planillas de entradas y salidas, verificar y semaforizar fechas de vencimiento, mantener la organización del ambiente asignado, monitorizar y registrar temperatura y humedad en el formato institucional, y generar alertas y rotación de insumos próximos a vencer.	Realizo el pedido de insumos cuando se me solicite	Anexo la solicitud del pedido que se realiza por dinámica
14. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo y por el diligenciamiento del seguimiento diario, garantizando el buen uso de los mismos y la salvaguarda de los activos de la institución.	Realizo lista de chequeo diaria de los equipos biomédicos del consultorio	Anexar la lista de chqueo de lls equipos biomedicos
15. Verificar y gestionar el diligenciamiento completo de la agenda de cada profesional, de acuerdo con el plan padrino asignado por el líder, garantizando la adecuada programación de la atención.	Realizo la verificación en dinámica de la agenda del profesional asignado	Adjunto al agenda del profesional asigando
16. Asistir a las reuniones programadas por el líder.	Asisto a la reuniones que me sean convocadas por le supervisor	Listado de asistencia de reuniones
17. Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred.	mantener confidencialidad en cada uno de los procesos que se lleven a cabo dentro de mi entorno laboral	Guardo absoluta reserva de la información
18. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional.	realizar atención de calidad, integración calidez a cada uno de los usuarios brindando información clara y concisa	Trato humanizado a nuestros usuario
19. Adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..	participar activamente en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la subred	Participo en los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Copia Controlada Subred Suroccidente

20. Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios.	promuevo activamente la cultura de seguridad institucional y reportando de manera oportuna cualquier suceso o evento relacionado con la seguridad del paciente que se presente durante la prestación de los servicio	Realizo reporte de suceso de seguridad en el mes de febrero
21. Usar adecuadamente el uniforme, portar el carné de identificación y mantener una presentación personal adecuada.	Utilizar correctamente el uniforme, portar de manera visible el carné de identificación y mantener una presentación personal acorde con las normas establecidas por la institución.	Mantengo la presentación personal acorde lo indicado por el supervisor
22. Presentar al supervisor del contrato la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	Pago de planilla de la seguridad social y cargue en el suresoc	Presentar la planilla de pago al sistema de seguridad social.
23. realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades .	Realizo informe mensual de las actividades ejecutadas durante le mes de febrero	Entrega del informe de los productos del mes de febrero
.24.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	se realizaron todas las actividades acordes al contrato	se realizaron todas las actividades acordes al contrato para producto

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 Certificadd
Subred Surocciidente