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:	Astrid Yinelda Bernal Melo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033788966	
CORREO ELECTRONICO:	astridb2104@gmail.com				CELULAR:	3202916782	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS OLARTE				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA31A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550006800968742				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3745			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	893	FECHA	2026-04-10 08:59:48.000	NÚMERO DE CRP	15791	FECHA	2026-04-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-16		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$3,689,910			
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:	$10,458,259
VALOR EJECUTADO	$3,689,910
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,689,910
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,768,349
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35%

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
CERTIFICACIONES	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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
Practicar las valoraciones e intervenciones médicas necesarias, estableciendo diagnósticos y prescribción del tratamiento acorde con la patología diagnóstica	Practico las valoraciones e intervenciones médicas necesarias, estableciendo diagnósticos y prescribción del tratamiento acorde con la patología diagnóstica	Historia clinica
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	Realizo 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	Historia clinica
Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes; así mismo, abstenerse de realizar manipulación de agendas	Ejerzo el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes; así mismo, abstenerse de realizar manipulación de agendas	Informe mensual
Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades	Formulo y ejecuto acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades	EAC, LSC, COXION CON LA GERENCIA, CONVERSATORIO DE CALIDAD
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de indicadores de pyd, consulta resolutiva, prioritaria, rendimiento y productividad en el área o servicio asignado	Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de indicadores de pyd, consulta resolutiva, prioritaria, rendimiento y productividad en el área o servicio asignado	EAC, LSC, COXION CON LA GERENCIA, CONVERSATORIO DE CALIDAD
Realizar de manera óptima la gestión y registro de los formatos correspondientes para el traslado interno de los pacientes, cuando se requiera remisión a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente	Realizo de manera óptima la gestión y registro de los formatos correspondientes para el traslado interno de los pacientes, cuando se requiera remisión a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente	Remisiones, traslados, informe digital y escrito
Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA	Reporto los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA	Fichas de notificación
Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales	Aplico los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales	Historia clinica
Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades	Realizo entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades	Informe mensual
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.	Informe mensual
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad	Doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad	Notificación institucional
Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Garantizo la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Historia clínica y principio de confidencialidad
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta	Notifico oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta	Notificación interna
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	EAC, LSC, COXION CON LA GERENCIA, CONVERSATORIO DE CALIDAD

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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	Inventario actualizado
Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos ni nombres de otras instituciones) y portar el carné institucional durante la consulta	Realizo el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; así mismo, garantizo el uso de la bata blanca (sin escudos ni nombres de otras instituciones) y portar el carné institucional durante la consulta	Lavado de manos, desinfección, adecuada presentación personal
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	Brindo 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	Atención humanizada en el paciente
Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transAdherirse 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 serviciosparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional	Me adhiero 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	Reporte casos de seguridad
Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc	Adjunto mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc	Adjunto constancias en SURESOC y SECOP II
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	Atención médica, crecimiento y desarrollo, crónicos, promoción y detección, control prenatal, planificación familiar, tamizaje visual
Renovar de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio	Renuevo de acuerdo a la normatividad vigente los cursos requeridos para la prestacion del servicio	Certificación actualizada

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 Controlada Subred Suroccidente

ARL

sura

Medellin, 28 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ASTRID YINELDA BERNAL MELO** con documento de identidad **C1033788966**, 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
2026-04-15	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

porvenir

Santafe de Bogotá, D.C.,

Señor (a)
ASTRID YINELDA BERNAL MELO
CL 65 SUR 104 40 CA CASA 41
BOGOTA D.C.

REF: Radicado N 1033788966
No. Identificaciòn 1033788966
T.N. N.A.

Respetado (a) señor (a)

En atención a su comunicación, me permito informarle que en nuestra base de datos de Pensiones Obligatorias, quedò actualizada su información de la siguiente

Tipo Identificación	CC
No. identificación	1033788966
Primer Nombre	ASTRID
Segundo Nombre	YINELDA
Primer Apellido	BERNAL
Segundo Apellido	MELO
Fecha Nacimiento	21/04/1996
Sexo	F
Dirección	CL 65 SUR 104 40 CA CASA 41
Télefono	
Departamento	BOGOTA
Ciudad	BOGOTA D.C.
Envio Correspondecia	RESIDENCIA
Apartado Aereo	
Nit Empresa	900959048
Tipo Afiliado	INDEPENDIENTE_CONTRATISTA

En los anteriores términos esperamos haber atendido a satisfacción su requerimiento. Para próximas solicitudes puede radicar la comunicación en la Oficin

Cordial Saludo,

Gerencia de Clientes

Powered by CamScanner

EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ASTRID YINELDA BERNAL MELO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033788966, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260414	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Abril de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN LE INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: CARLOS ALONSO MARTINEZ
32106242

CER-AFI

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
PAU KENNEDY

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

DOCUMENTO FACTURA EQUIVALENTE ABRIL/2026

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ASTRID YINELDA BERNAL MELO

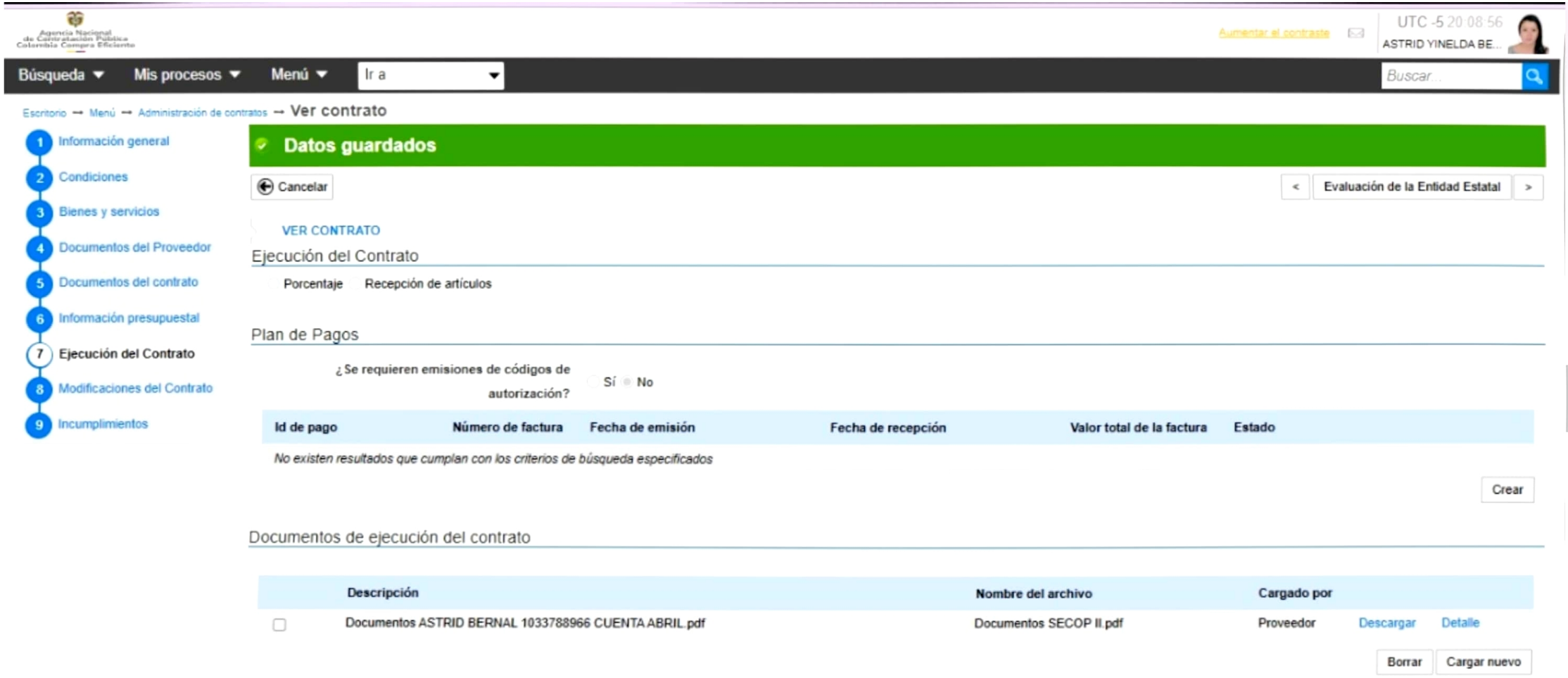
CC 1033788966 DE BOGOTÁ D.C

La suma **de TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE. ($ 3.689.910)**, por concepto de prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL** en el centro de salud de **OLARTE**, con un total de **105 horas**, valor por hora de **$ 35.142 m/cte.** Durante el periodo del **16 al 30 de ABRIL** del presente año de conformidad con la establecido en el **contrato de prestación de servicios número 3745-2026.**



ASTRID YINELDA BERNAL MELO
C.C. 1033788966 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
No. 0068-0096-8742

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ASTRID YINELDA BERNAL MELO**, identificada con **CC** número **1033788966**, aportó por **ASTRID YINELDA BERNAL MELO**, identificado(a) con **CC** número **1033788966** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **82127987** para el periodo de salud **2026-04** y pensiones **2026-04** 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	CORRECCIÓN	DIAS	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	X														0		17	$1.481.587	0,02436	3	$36.100	Abril - 2026	82127987	19/05/2026	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0	X														0		17	$1.481.587	0,16000		$237.100	Abril - 2026	82127987	19/05/2026	N
Salud	EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372	59	0	X														0		17	$1.481.587	0,12500		$185.200	Abril - 2026	82127987	19/05/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 26 días del mes Mayo de 2026

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