
 <p align="center">CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</p>	Versión	3	 <p align="center">ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Olga Lucia Sierra Cordoba					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1014258000		
CORREO ELECTRONICO:	osierrac@unbosque.edu.co			CELULAR:	3138905514		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		QUIRURGICO ORTOPEDIA BOSA			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B035C11	25	B035I02	25	KE10C11	50	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	64997817204				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	277			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	10972	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$7,100,652

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 repercute 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:	\$34,957,056
VALOR EJECUTADO	\$7,100,652
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$7,100,652
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$27,856,404
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	20%

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
9503832731	\$2,403,298	\$300,412	\$384,528	3	\$58,544	\$743,484

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

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Valoración clínica de pacientes con patología osteomuscular traumática y no traumática. Formulación de plan de manejo médico o quirúrgico. Realización de procedimientos como reducción de fracturas, inmovilizaciones, infiltraciones o cirugías ortopédicas según programación. Registro completo en historia clínica conforme a normatividad vigente.	Notas de consulta externa, urgencias o evolución hospitalaria. Descripción quirúrgica en historia clínica. Órdenes médicas y plan de manejo registrados.
3. 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 4. Participar en la programación de actividades del área	Registro diario de procedimientos y cirugías realizadas. Participación en programación quirúrgica y agenda de consulta externa.	Reporte de actividades asistenciales registradas en sistema institucional. Participación en programación quirúrgica documentada.
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6. 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	Reporte oportuno de complicaciones quirúrgicas, infecciones asociadas a la atención en salud y eventos adversos. Participación en comités de morbilidad y seguridad del paciente.	Formatos de notificación diligenciados. Actas o registros de participación en comités (cuando aplique).
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Indicaciones al equipo asistencial sobre manejo postoperatorio, inmovilización y rehabilitación. Diligenciamiento adecuado de consentimientos, listas de chequeo quirúrgico y formatos institucionales.	Consentimientos informados firmados. Checklist quirúrgico diligenciado. Ordenmédicas registradas.
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Explicación del procedimiento quirúrgico y riesgos al paciente y familia. Seguimiento postoperatorio y control de evolución clínica.	Consentimiento informado firmado. Notade evolución y controles postquirúrgicos registrados en historia clínica.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Información clara sobre diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Emisión de conceptos médicos, incapacidades o valoraciones especializadas cuando se requiera.	Registro de información brindada. Conceptos médicos e incapacidades emitidas.
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Cumplimiento de guías clínicas institucionales y protocolos quirúrgicos. Elaboración y entrega de informe mensual de actividades al supervisor del contrato.	Informe mensual entregado. Evidencia de adherencia a protocolos institucionales.
15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Uso adecuado de instrumental quirúrgico y equipos asignados. Participación en capacitaciones, juntas médicas y reuniones del servicio.	Registro de asistencia a capacitaciones. Actas de junta médica cuando aplique.
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Aplicación de procesos institucionales (referencia y contrarreferencia, auditorías clínicas). Apoyo en jornadas especiales quirúrgicas o brigadas cuando sea requerido.	Evidencia de aplicación de procedimientos. Reporte de participación en jornadas institucionales.
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en investigaciones clínicas o revisiones de casos cuando sea convocado.	Reporte de actividades registradas. Soporte de participación en procesos investigativos (cuando aplique).
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Supervisión de contratos: No aplica si no ha sido designado. Entrega mensual de planilla PILA. Cumplimiento de actividades adicionales acordes con el objeto contractual	Planilla de seguridad social pagada. Supervisión: No aplica para el periodo (si no fue designado). Soportes de actividades ejecutadas.

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014258000		SIERRA CORDOBA OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10 B # 134 B 07	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	255120214	9503832731	I	2026/04/06	2026/04/27	BANCOLOMBIA	21	\$2,915,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$9,000,000	\$1,530,000			\$9,000,000	\$1,125,000			\$0	\$0			\$9,000,000	\$219,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$9,000,000	\$1,530,000			\$9,000,000	\$1,125,000			\$0	\$0			\$9,000,000	\$219,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$9,000,000	\$1,530,000			\$9,000,000	\$1,125,000			\$0	\$0			\$9,000,000	\$219,300		\$0	\$0
1	CC	1014258000	SIERRA OLGA	25-14	30	\$9,000,000	\$1,530,000	EPS010	30	\$9,000,000	\$1,125,000	0	\$0	\$0	14-7	30	\$9,000,000	\$219,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$9,000,000	\$1,530,000			\$9,000,000	\$1,125,000			\$0	\$0			\$9,000,000	\$219,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014258000		SIERRA CORDOBA OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10 B # 134 B 07	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	255120214	9503832731	I	2026/04/06	2026/04/27	BANCOLOMBIA	21	\$2,915,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,530,000	\$21,900	\$0	\$1,551,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,530,000	\$21,900	\$0	\$1,551,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$219,300	\$3,200	\$0	\$222,500	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$219,300	\$3,200	\$0	\$222,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,125,000	\$16,000	\$0	\$1,141,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$1,125,000	\$16,000	\$0	\$1,141,000	
TOTAL				1	\$2,874,300	\$41,100	\$0	\$2,915,400	



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
OLGA LUCIA SIERRA CORDOBA
Identificada con CC No. 1014258000

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 8250668512601, a partir del 04 de Octubre del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1014258000	OLGA LUCIA SIERRA CORDOBA	1 - VOLUNTARIO TASA 2.436	3	2.436%	04/10/2025		IND VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 26 de Abril del año 2026.

Firma Representante Legal



La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

[Enviar otra respuesta](#)

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →



Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de



forms.cloud.microsoft



CENSO SECRETARIA DE SALUD

GRACIAS POR TU COMPROMISO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



docs.google.com





Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR



RESULTADO: 100
CALIFICACION

Aceptar

NÚMERO DE CÉDULA

Pregunta requerida

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES



Pregunta requerida

SERVICIO



e.almeraim.com



ASEGURATE MARZO 2026

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. -
[Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#)
- [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



docs.google.com





- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 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? SI 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
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)