

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

| | |
|---------------------|---------------|
| Versión | 3 |
| Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---------------------|---|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | Jenny Paola Castellanos Galeano | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 1000707100 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Jennypcg4@gmail.com | | | CELULAR: | 3025731136 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37106 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO FALABELLA S A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 111680228231 | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | | 981 | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1146 | FECHA | 2026-05-14 15:16:14.000 | NÚMERO DE CRP | 20520 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ENFERMERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | |
| | | | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$3,971,340 | | | |
| 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: | \$28,681,900 |
| VALOR EJECUTADO | \$18,268,164 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$3,971,340 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$10,413,736 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 64% |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 76622425 | \$1,641,487 | \$205,186 | \$262,638 | 3 | \$39,987 | \$507,810 |

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

carlos alberto corredor
1070020178
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) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | 1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | Historias Clínicas revisadas, registro de enfermería con firma, anecdotario |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Plan de atención en Enfermería cada turno, cumpliendo a cabalidad los objetivos planeados todo bajo el marco legal ético y profesional |
| 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 | 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 | Notas de enfermería para cada actividad, novedad o suceso del paciente que se genera durante la atención hospitalaria plasmada en la historia clínica sistematizada |
| 4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | 4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | Libro de Recibo y Entrega de turno, con el grupo multidisciplinario con técnica SAER |
| 5) Participar en la programación de las actividades del área. | 5) Participar en la programación de las actividades del área. | Registro de las actividades que se generan durante el turno, para la atención del paciente |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporte sistematizado en aplicativo Seguridad del Paciente, Línea telefónica, de manera manual, Reporte No punitivo |
| 7) 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. | 7) 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 para dar aviso al área en cargada a suceso o fallas generadas, tecnovigilancia, farmacovigilancia, seguridad del paciente, entre otras. |
| 8) Impartir instrucciones al personal a cargo | 8) Impartir instrucciones al personal a cargo | Formato de asignación de actividades para el personal a cargo durante el turno |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se evidencia folios de historia clínica, como consentimiento informado, valoración de escalas, tamizaje nutricional, tabla control de líquidos, seguimiento a venopunción, escala del dolor, hoja neurológica |
| 10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | 10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Registro en historia clínica, notas de enfermería, procedimientos que se llevan a cabalidad en la atención del paciente individualmente |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Seguimiento a los pacientes que por su patología lo requiere continuamente, dejando plasmado en historia clínica. |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informa al familiar sobre plan de tratamiento plasmado por el médico tratante, información sobre condición médica no corresponde al perfil. |
| 13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | 13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | Trato humanizado en la atención del paciente, encuestas al cuidador |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Se cumple con el apoyo a las normas del Sistema Obligatorio de la Calidad según requerimientos de la Subred |
| 15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | 15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Se elabora mensualmente acta de cumplimiento en actividades para la técnicos de enfermería |
| 16) 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) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Seguimiento a inventario general del servicio. Se hace asignación al personal a cargo responsable del inventario general. |
| 17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | No se participó jornada de capacitación durante el mes. |

| | | |
|---|---|--|
| 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Se cumplió con los procedimientos establecidos por la Subred |
| 19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | 19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Se apoyó y se participó en las actividades generadas durante el mes. |
| 20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | 20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registro de actividades que se generan de acuerdo a perfil para dar cumplimiento |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Soporte de pago de planilla, afiliación al sistema de seguridad en salud, pensiones y riesgos profesionales. |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Soporte de pago de planilla, afiliación al sistema de seguridad en salud, pensiones y riesgos profesionales. |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Registro de actividades que se generan de acuerdo a perfil para dar cumplimiento |

carlos alberto corredor
1070020178
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Jenny Paola Castellanos Galeano
C.C 1.000.707.100 de Bogotá

La suma de \$3.971.340 (**Tres millones novecientos setenta y un mil trescientos cuarenta pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **ENFERMERA**; en el Hospital de Bosa en el área de **Medicina Interna**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de **01** al **31** de **Mayo** de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **981-2026**



Jenny Paola Castellanos Galeano
C.C 1.000.707.100 de Bogotá

CELULAR: 3025731136

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA

NUMERO 111680228231

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1000707100 | JENNY PAOLA CASTELLANOS GALEANO | | kra 120a #63a-66 | 3025731136 | jennypcg4@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 76622425 | 24/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 |

