

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: | MARLENE CASTILLA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 32827957 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | castillamarlene@hotmail.com | | | CELULAR: | 3004505337 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | CIRUGIA GENERAL FONTIBON | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03I17 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 99636875283 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 706 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1146 | FECHA | 2026-05-14 15:16:14.000 | NÚMERO DE CRP | 20317 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO:

| | | | | |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-03-01 | | 2026-03-31 |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2,738,340

| | | | |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|
| 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 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: | \$10,289,520 |
| VALOR EJECUTADO | \$5,310,720 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$2,738,340 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$4,978,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 52% |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8848507440 | \$1,028,952 | \$128,619 | \$164,632 | 3 | \$25,065 | \$318,317 |

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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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 |
|---|--|---|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | ENTREGA DE TURNO |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | "Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Retroalimentación al supervisor dificultades del proceso de atención | CUANDO SE REQUIERAN |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio. | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| 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. | CUANDO SE REQUIERA |
| 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. | CUANDO LO REQUIERAN |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | CUANDO SE PRESENTEN |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | CUANDO LO REQUIERAN |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |

| | | |
|--|---|---------------------|
| 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. | CUANDO LO REQUIERAN |
|--|---|---------------------|

Luz Dary Castro Herran
52456529
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARLENE CASTILLA

C.C. 32827957 DE: SOLEDAD

La suma de \$ 2.738.340 por concepto de: (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 01 al 31 de MARZO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 706- 2026



MARLENE CASTILLA

C.C. 32827957 DE: SOLEDAD

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 996.388752.83



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-12, 02:01:28 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1079586788

Periodo Cotización: febrero de 2026

Periodo Servicio: febrero de 2026

Referencia pago (PIN): 8848507440

PAGADO 12/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| Razón Social | MARLENE CASTILLA | | |
| Documento | CC32827957 | Dirección | CARRERA 106 # 14-89 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3004505327 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | SIN | IGL | UMC | AMP | ICP | IRP | Días FER | Días EPS | Días ANC | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 32827957 | MARLENE CASTILLA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | \$ 1.750.905 | \$ 280.200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436 | \$ 1.750.905 | \$ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 1.750.905 | \$ 35.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 576.900 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 218.900 | \$ 42.700 | \$ 35.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 576.900 | \$ 0 | \$ 576.900 |

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Versión: 4
Fecha de aprobación: 12/07/2024
Código: 02-01-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Marque con una X según corresponda

Reunión de Subred Reunión de Unidad Prestadora de Servicios Reunión de Sede de una Unidad

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) Subred Sur Occidente

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) Hospital Fontibon

FECHA (dd-mm-aaaa) Marzo/2026

LUGAR: Hospital Fontibon

HORA INICIO: 6+00 am

RESPONSABLE (Proceso, servicio, dependencia que lidera) John Luis Lizcano

HORA FINAL:

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Versión: 4
Fecha de aprobación: 12/07/2024
Código: 02-01-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| Nº | NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | NOMBRE | UNIDAD | PROCESO/AREA | CARGO Y/O PERFIL | FIRMA |
|----|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| 13 | 51812904 | Yanka Gabriela Pérez | Fontibon | URGENCIAS | Auxiliar | [Firma] |
| 14 | 1136872568 | Mayer Alexandra Rodríguez Obando | Hospital Fontibon | UR6 | Enfermería | Alexandra |
| 15 | 52784130 | Johanna Mariana Velasco | Fontibon | Central Esterilización | Aux. Intern. | [Firma] |
| 16 | 1013683659 | Alba Ceste Puentes | Fontibon | Central Esterilización | Aux. Ent. | [Firma] |
| 17 | 52545946 | Ana Milena Pinzon Mendez | Fontibon | Cx Salas | Aux de enfer. | Ana Milena |
| 18 | 1129569331 | Margareth Juliet Perez Flores | Fontibon | Salas de CX | Enfermería | [Firma] |
| 19 | 21114308 | Rocio Domínguez Buitrago | Fontibon | Salud CX | auxiliar | Rocio Domínguez |
| 20 | 32874957 | Marilee Castilla | Fontibon | Sobos CX | auxiliar enfermer | Marilee Castilla |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ACTA

Versión: 5
Fecha de aprobación: 12/07/2024
Código: 02-01-F0-0001



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 11 / mayo / 2026.

TEMA: Bombas de infusión Plum Icomedical

Mayra Angel

FIRMA DE ASISTENTES

| N° | NOMBRE | N° IDENTIFICACIÓN | UNIDAD | CARGO O ACTIVIDAD | PROCESO AL QUE PERTENECE | FIRMA |
|----|-------------------------|-------------------|----------|-------------------|--------------------------|--------------|
| 28 | Mayra Alejandra Galindo | 1019988359 | Fontibon | Aux enfermera | Hospitalización | Alejandra G |
| 29 | Daniela Rodríguez | 1000003447 | Fontibon | Enfermera | Hospitalización | Daniela R. |
| 30 | Margarett Pineda F | 1129369331 | Fontibon | Enfermera | Salas CX | Margarett |
| 31 | Marlene Castilla | 32.827957 | Fontibon | aux. | Salas CX | Marlene G |
| 32 | Rocio Pineda | 21-114388 | Fontibon | aux enfer | Salas CX | Rocio Pineda |
| 33 | | | | | | |
| 34 | | | | | | |
| 35 | | | | | | |
| 36 | | | | | | |
| 37 | | | | | | |
| 38 | | | | | | |
| 39 | | | | | | |
| 40 | | | | | | |
| 41 | | | | | | |
| 42 | | | | | | |
| 43 | | | | | | |
| 44 | | | | | | |



POSTEST EAC LOCAL MARZO 2026 FONTIBON

Se ha registrado tu respuesta.

[Ver las respuestas](#)

[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





Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

MARLENE CASTILLA

CC 32827957

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *lunes, 16 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”



QR de
verificación:





ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|--------------------------|-------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 32827957 |
| NOMBRES | MARLENE |
| APELLIDOS | CASTILLA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|--|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | CONTRIBUTIVO | 08/10/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 03/26/2026 05:17:44 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)