| 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: | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1028882433 | |
| CORREO ELECTRONICO: | mafe81560@gmail.com | | | | CELULAR: | 3170606746 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11B05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 33526690 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4088 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1092 | FECHA | 2026-05-11 15:35:07.000 | NÚMERO DE CRP | 17321 | FECHA | 2026-05-19 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-05-15 | | 2026-05-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,244,700 | | | | | | |
| 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: | $6,773,934 |
| VALOR EJECUTADO | $1,244,700 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,244,700 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,529,234 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 18% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nuevi | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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) 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. | Realizar reporte verbal y escrito del estado clínico, evolución y cuidados realizados por paciente. | Realizar reporte verbal y escrito del estado clínico, evolución y cuidados realizados por paciente. |
| 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizar reporte verbal y escrito del estado clínico, evolución y cuidados realizados por paciente. | Realizar reporte verbal y escrito del estado clínico, evolución y cuidados realizados por paciente. |
| 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Administrar medicamentos, realizar curaciones y cuidados básicos según indicación | Administrar medicamentos, realizar curaciones y cuidados básicos según indicación |
| 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Administrar medicamentos, realizar curaciones y cuidados básicos según indicación | Administrar medicamentos, realizar curaciones y cuidados básicos según indicación |
| sesorar 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. | Notificar oportunamente signos de alarma o variaciones clínicas. | vNotificar oportunamente signos de alarma o variaciones clínicas. |
| 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Notificar oportunamente signos de alarma o variaciones clínicas. | Notificar oportunamente signos de alarma o variaciones clínicas. |
| ) 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. | Informar al supervisor sobre situaciones que afecten la calidad del servicio | Informar al supervisor sobre situaciones que afecten la calidad del servicio |
| 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Educar al paciente y familia sobre tratamiento, cuidados y signos de alarma | Educar al paciente y familia sobre tratamiento, cuidados y signos de alarma |
| 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Educar al paciente y familia sobre tratamiento, cuidados y signos de alarma | Educar al paciente y familia sobre tratamiento, cuidados y signos de alarma |
| 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Uso correcto de EPP y cumplimiento de protocolos institucionales. | Uso correcto de EPP y cumplimiento de protocolos institucionales. |
| 1) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. |
| 12) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. |
| 13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. | Informar sobre procesos del servicio, derechos y deberes. |
| 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna |
| 15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna |
| 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna |
| 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna | Completar formatos asistenciales de manera clara y oportuna |
| 1) 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. | | |
| 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | | |
| 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | | |
| 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | | |
| sesorar 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. | | |
| 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | | |
| ) 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. | | |
| 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | | |
| 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | | |
| 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | | |
| 1) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | | |
| 12) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | | |
| 13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | | |
| 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | | |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | | |
| 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | | |
| 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | | |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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:**

MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA
C.C. 1028882433 DE BOGOTA

La suma de $1.244.700(**UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS 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 **AUX DE ENFERMERIA**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **HOSPITALIZACION**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 15 al 31 de MAYO

2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

**No 4088-2026**

MARIA FERNANDA ORDOÑEZ

MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA
C.C. 1028882433 DE BOGOTA

CELULAR :3005586189

- BANCO DE BOGOTA 33526690

6f4b5a9b-1bb0-48ba-9e78-9feb367ac596

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***maria ordoñez***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

27 de mayo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

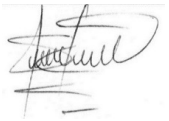
*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6f4b5a9b-1bb0-48ba-9e78-9feb367ac596

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1028882433,** se encuentra afiliado/a desde **22/10/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de mayo de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA FERNANDA ORDO??EZ MORA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1028882433, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20260513 | 0 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Mayo de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SUBRED

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud CER-AFI 32524815

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Medellín, 29 de mayo de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA identificado(a) con C1028882433 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10288824332614957844

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11