

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			gina paola castellanos andrade					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C.	X	C.E.	No.		1016094089
CORREO ELECTRONICO:			ginacastellanos9797@gmail.com			CELULAR:		2987919
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			CASA MAS BIENESTAR CONV 8505107-2025 USS BOSTON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO02V03	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24080751898				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		667				VIGENCIA		2026
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP		11327	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-02-01			2026-02-28	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,571,630				
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:						\$10,289,520		
VALOR EJECUTADO						\$10,289,520		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,571,630		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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	
4643971761	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 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
Garantizar la implementación de la estrategia Casa MAS Bienestar conforme a los lineamientos definidos por la entidad.	Cumplimiento de la implementación operativa de la estrategia Casa MAS Bienestar	Actas, reportes de implementación, seguimiento
Prestar los servicios asignados dentro del Modelo MAS Bienestar, asegurando una atención oportuna y continua.	Prestación de servicios en el marco del Modelo MAS Bienestar	Registro de actividades prestadas + soporte técnico
Dar continuidad al acompañamiento del usuario, coordinando con los equipos de trabajo y entidades de apoyo cuando sea necesario.	Asegurar continuidad del plan de manejo clínico	Registro de articulaciones con equipos e IPS
Brindar atención extramural al usuario y dejar los soportes administrativos y de seguimiento correspondientes.	Soportes de la atención extramural por paciente	Planillas firmadas / informes clínicos
Registrar de manera clara y completa la información de los usuarios atendidos, con las evidencias requeridas.	Relación de usuarios atendidos con evidencia	Planillas + fotos + reporte
Verificar y garantizar el suministro continuo de condiciones adecuadas de habitabilidad para los usuarios.	Suministro continuo de condiciones de habitabilidad	Listado de entregas / verificación mensual
Realizar la entrega y recibo de turno por usuario, asegurando la continuidad del acompañamiento.	Entrega y recibo de turno por paciente	Formato de turno firmado
Ejecutar las actividades asignadas de acuerdo con las funciones del cargo y dejar los registros correspondientes.	Ejecución de actividades de enfermería asignadas	Registros en historia clínica
Informar oportunamente cualquier novedad o cambio relevante durante la atención.	Informar cambios clínicos oportunamente	Reporte de cambios/evolución
Comunicar al supervisor las dificultades, novedades o situaciones presentadas en la atención.	Retroalimentar al supervisor dificultades en la atención	Actas o comunicaciones formales
Orientar al usuario y su familia en el plan de cuidados y seguimiento en el domicilio.	Asesorar plan de cuidados y seguimiento en casa	Registro de educación al usuario ³
Cumplir las normas de bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y calidad.	Aplicar bioseguridad, SO, ambiental y calidad	Evidencias de cumplimiento de normas
Orientar a los usuarios de acuerdo con sus necesidades y la institucionalidad vigente.	Orientar pacientes según necesidades e institucionalidad	Registros en historia / planillas
Registrar y diligenciar correctamente los reportes y los informes.	Registrar reportes y libros del servicio	Documentos diligenciados
N/A	Diligenciar documentos para facturación y estadística	Formatos completos y revisados
Apoyar el cumplimiento de los procesos de calidad establecidos por la entidad.	Apoyar cumplimiento del SOGC	Soportes de implementación
Elaborar y presentar el informe mensual de actividades dentro de los tiempos definidos.	Elaborar informe mensual de actividades	Informe firmado y radicado
Responder por el uso, cuidado y devolución de los elementos entregados.	Responder por elementos entregados	Acta de entrega/recibo
Participar en las capacitaciones, inducciones y actividades convocadas por la entidad.	Participar en capacitaciones e inducciones	Listas de asistencia
Reportar fallas de calidad y apoyar la ejecución de acciones de mejora.	Notificar fallas de calidad y ejecutar mejoras	Reporte + plan de mejora
Cumplir los procedimientos y lineamientos establecidos por la entidad.	Cumplir con procedimientos establecidos por Subred	Checklist de cumplimiento
Apoyar las actividades interinstitucionales y extra institucionales cuando sea requerido.	Apoyar actividades interinstitucionales y extra institucionales	Evidencia documental del apoyo
Registrar oportunamente las actividades realizadas en los sistemas de información.	Registrar actividades en sistema de información	Capturas o reportes mensuales
Aportar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Constancia mensual de seguridad social	Soporte de pago
Realizar las actividades adicionales asignadas por el supervisor o la entidad, relacionadas con el objeto del servicio.	Realizar actividades adicionales asignadas	Evidencias de ejecución

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1016094089

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	GINA PAOLA CASTELLANOS ANDRADE		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1016094089
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CRA 120 17 - D 22	Teléfono	2986919
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	4643971761	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	enero / 2026	Periodo Cotización Salud	enero / 2026
Días de Mora	3	Fecha Pago	2026/02/23
Número Autorización	9995802418		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GINA PAOLA	Apellidos	CASTELLANOS ANDRADE
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1016094089
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	\$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
01																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 280.200
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 280.200

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 218.900

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Clase de Riesgo	III	Tarifa	2,436 %
Centro de Trabajo	101609408	Total Aporte	\$ 42.700

TOTAL PAGADO:	\$ 541.800
----------------------	-------------------



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:

GINA PAOLA CASTELLANOS ANDRADE

CC 1016094089

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 *martes, 24 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:



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINA PAOLA CASTELLANOS ANDRADE

C.C 1016094089 DE BOGOTA

La suma de \$ 2.571.630 Dos millones quinientos setenta y unos mil seis cientos treinta pesos m/cte.), por concepto de: Prestar servicios como Auxiliar de Enfermeria de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional en la Dirección Hospitalaria durante el periodo de 01 al 28 febrero de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 667-2026



GINA PAOLA CASTELLANOS ANDRADE

C.C 1016094089 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24080751898