| 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: | Derly Yanira Carrillo González | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52103607 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | derlycarrillog@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7531312 - 3002130106 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT AUDIOLOGIA Y AUDIOMETRÍA USS 51 ZONA FRANCA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | |
| | FO08A01 | 80 | PA35A01 | 20 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 6680253983 | | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1233 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1079 | FECHA | 2026-05-11 14:52:58.000 | NÚMERO DE CRP | 17784 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,741,576 | | | | |
| 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: | $26,191,032 |
| VALOR EJECUTADO | $22,449,456 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,741,576 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,741,576 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37592175 | $1,496,630 | $187,079 | $239,461 | 3 | $36,458 | $462,998 |

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

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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. Realizar atenciones, diagnosticar y brindar tratamientos de fonoaudiología, con calidad, así como detectar de manera temprana a las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna orientada a evitar secuelas o la instauración de discapacidades | Se Realizar atenciones, diagnosticar y brindar tratamientos de fonoaudiología, con calidad, así como detectar de manera temprana a las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna orientada a evitar secuelas o la instauración de discapacidades | registro de historia clínica diligenciada de manera oportuna |
| 2. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su servicio, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente | Se Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su servicio, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente | registro de historia clínica |
| 3. Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente | Se Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente | registro de historia clínica |
| 4. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo | Se Diligencia el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo | registro de historia clínica y entrega de consentimientos físicos auxiliar de enfermera |
| 5. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos establecidos | Se Solicita exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos establecidos | registro de historia clínica |
| 6. Realizar el seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando se requiera, de acuerdo con la red de servicios de salud | Se Realiza el seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando se requiera, de acuerdo con la red de servicios de salud | registro de historia clínica |
| 7. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención | Se Informa al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención | registro de historia clínica |
| 8. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, incluyendo la atención de pacientes con factura, y mantener actualizados los informes estadísticos y sistemas de información a su cargo | Se Lleva el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, incluyendo la atención de pacientes con factura, y mantener actualizados los informes estadísticos y sistemas de información a su cargo | registro de historia clínica |
| 9. Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento (100 %) de aquellas que le sean imputables | NO APLICA | NO APLICA |
| 10. Revisar la agenda de citas el día anterior e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la Producción | Se Revisa la agenda de citas el día anterior e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la Producción | Se informa al líder novedades |
| 11. Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los sucesos de seguridad, eventos adversos o posibles eventos adversos | ME Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los sucesos de seguridad, eventos adversos o posibles eventos adversos | Reporte de suseso de seguridad102755 |
| 12. Notificar las fallas de calidad del servicio mediante los aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas | Se Notifica las fallas de calidad del servicio mediante los aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas | Se notifica las fallas presentadas durante la consulta |
| 13. Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados | Se Elabora e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados | Este mes no se presento |
| 14. Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se Apoya el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se cumple con calidad y adherencia a los procesos de habilitación y/o acreditación de la subred sur occidente |
| 15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas, implementando estrategias como la reposición de inasistencias para garantizar el cumplimiento de metas | rendimiento mes de junio en consulata 2.4 en lavado de oido 2 .5 | Remplazo de inasistencias |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 16. Participar en jornadas de inducción, capacitación, reuniones y actividades a las que sea convocado | Se Participa en jornadas de inducción, capacitación, reuniones y actividades a las que sea convocado | Se participa en las reuniones programadas y asegurate del mes protocolo de perdida y fuga de paciente |
| 17. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred | Se Conoce, cumple la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred | registro de historia clínica |
| 18. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación | Se Usa de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación | Uso adecuado uniforme y el carné de identificación |
| 19. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato | Se Responde por los elementos en regados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato | Se cumple con el buen uso de los elementos entregados para la consulta |
| 20. Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral junto con la cuenta de cobro | Se Entrega mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral junto con la cuenta de cobro | Se sube cuenta de cobro por suresoc con los documentos requeridos |
| 21. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia | Se Informa oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia | No se presento este mes |
| 22. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y acordes con el objeto contractual. | Asistencia a la Reunión de programada mensual con la coordinación | Se cumplió ya que se asistió a reuniones programadas durante el mes |

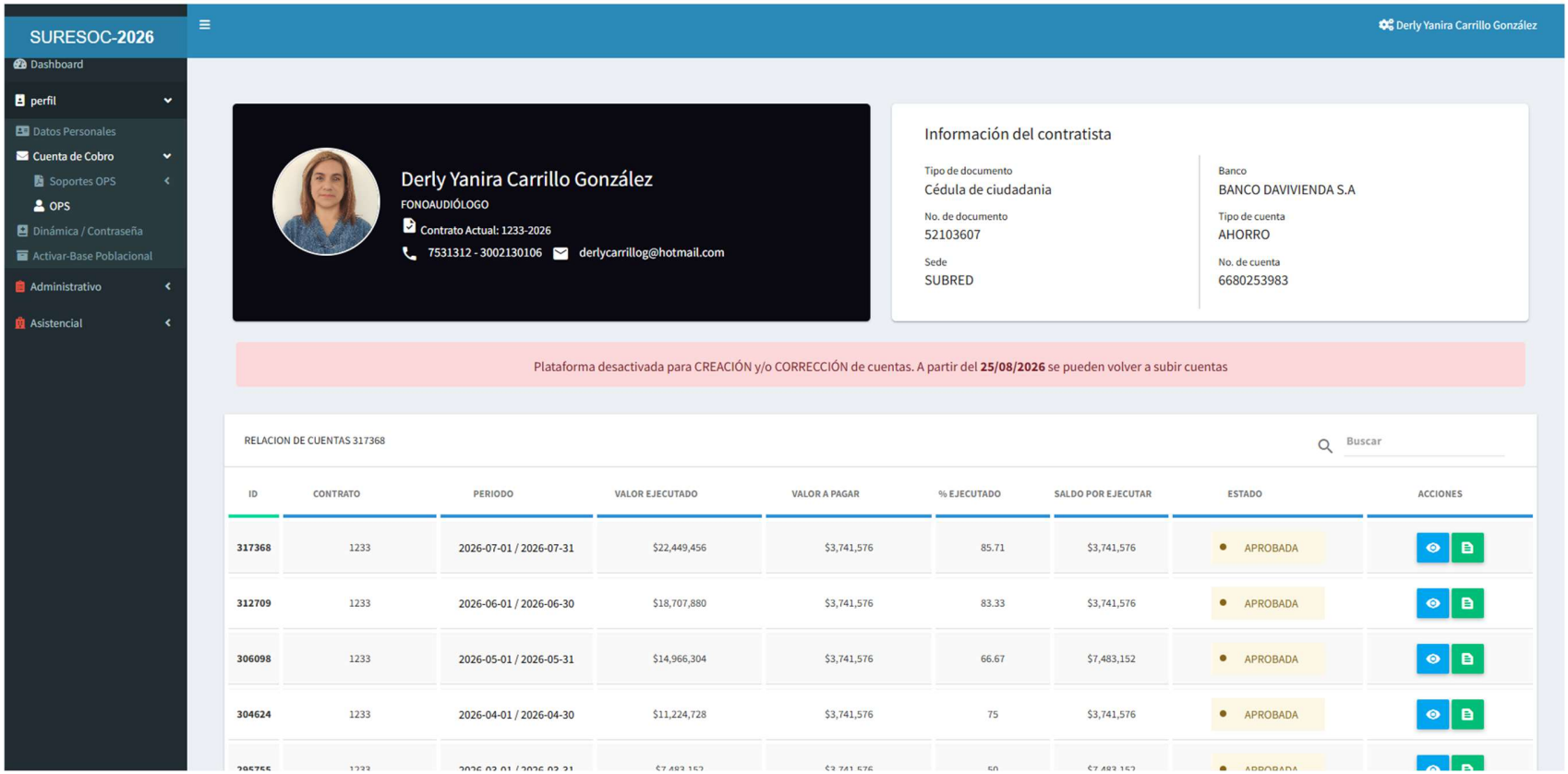
Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

---

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


SURESOC-2026
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Derly Yanira Carrillo González
Derly Yanira Carrillo González
FONOAUDIÓLOGO
Contrato Actual: 1233-2026
7531312 - 3002130106
derlycarrillog@hotmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
52103607
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
6680253983
Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 25/08/2026 se pueden volver a subir cuentas
RELACION DE CUENTAS 317368
Buscar
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
317368
1233
2026-07-01 / 2026-07-31
$22,449,456
$3,741,576
85.71
$3,741,576
APROBADA
312709
1233
2026-06-01 / 2026-06-30
$18,707,880
$3,741,576
83.33
$3,741,576
APROBADA
306098
1233
2026-05-01 / 2026-05-31
$14,966,304
$3,741,576
66.67
$7,483,152
APROBADA
304624
1233
2026-04-01 / 2026-04-30
$11,224,728
$3,741,576
75
$3,741,576
APROBADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ**

**C.C 52103607DEBOGOTÀ**

La suma de $3.741.576 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Rehabilitación 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 de acuerdo al requerimiento institucional. Fonoaudióloga, en el Área de consulta externa de la zona franca y villa Javier , valor hora de $ 20.116 durante el periodo de 1 al 31 de julio 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1233-2026

DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ

CC. 52103607DE BOGOTÀ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 6680253983

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-52103607 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-07-02 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-07-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-07-01 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-06 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-06 |
| NÚMERO PLANILLA: | 37592175 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 37592175 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 218.900 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 280.200 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 |
| CCF24 | 860066942 | COMPENSAR-CCF | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 10.600 | $ 10.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 552.400 | $ 552.400 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/08/2026 |