| 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: | aldemar gomez monroy | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 86076192 | |
| CORREO ELECTRONICO: | aldemar29@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3214606682 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | AMBULANCIA JQV251 SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO SECUNDARIO | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | N139 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24122697519 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4253 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1589 | FECHA | 2026-07-16 15:25:00.000 | NÚMERO DE CRP | 25036 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,655,360 | | | | |
| 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: | $74,654,340 |
| VALOR EJECUTADO | $5,144,760 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,655,360 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $69,509,580 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 7% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4658191681 | $995,760 | $124,470 | $159,322 | 4 | $24,257 | $308,048 |

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

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
1024517336
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 a la unidad de servicos la información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. ." | se recibe y entrega turno de la movil en las horas asignadas,con las novedades respectivassi fuera necesario. | se relaciona la recepcion de turno por radio fecuencia |
| 2) Apoyar el proceso de referencia y contra referencia de los usuarios, | se realizan los traslados deacurdo a lo asignado por la central de despachos | se havcen los traslados asignados |
| "3) Informar al profesional los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente" | se verifica el paciente asignado sus diagnosticos ,examenes a realizar | se traslada según lo requerido por el jefe del area |
| . 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | se indica alguna novedad por watsap o personal de presentar alguna novedad | se comunica al lider de CREAT cualquier novedad con los pacientes |
| " 5) 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" | se le comunica al familiar lo que se le realizara al paciente y en donde | se involucra al familiar durante el traslado en los procesos a realizar que tenga pendientes. |
| 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | se aplican los procedimientos de bioseguridad salud ocupacional en el turno | uso de elemento de proteccion personal |
| "7) 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. " | "se le 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." | de acuerdo a los protocolos se orienta |
| 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio | se registran los traslados ,la desinfeccion ,entraga y salida de turno, | se registran en los libros pertinentes durante el turno |
| ". 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible " | de ser necesario se realizan | si no aplica no se realiza |
| "10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | se da apoyan en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | se respetan as normas del sistema de garantias obligatorio de la subred |
| "11) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento." | "se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y s entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento." | se presenta informe mensual de actividades asignadas |
| "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" | "se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y se entrega a la persona encargada en caso de terminación del contrato" | se cuidan los elementos entregados para la relizacion de los turnos como lo son la movil , insumos y equipos |
| "13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado" | "separticipar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado" | se asiste a jornadas de capacitacion virtuales o presenciales asignadas |
| 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | En caso de ser requerido, se deben notificar al lider del proceso y si son eventos de seguridad reportar en el aplicativos | Reportes generados , actas por reportes generados o no . |
| 15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | se da da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Acciones desarrolladas durante la gestiòn |
| ". 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. " | Las que sean encomendadas de acuerdo a la naturaleza de su perfil | Reportes generados |
| " 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred " | " se registran las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred " | actividades según el servivio asignado |
| "18) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente " | Pago oprtuno de aporte al sistema de seguridad social | se presenta planilla de seguridad social |
| "19. mantener comunicacion constante con el area de despachos por los canales institucionales " | se reportan las llegadas a la sinstituciones despachadas por el radio operador de despacho del turno | se notifican la terminacijon o novedades de los traslados por radio frecuencia |

Copia Controlada Subred Suroccidente

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA
1024517336
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 86076192 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALDEMAR GOMEZ MONROY |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 87H 40 -85 SUR | TELÉFONO: | 4022141 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4658191681** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/07/22 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997520214 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 280.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 280.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 218.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 218.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 499.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 499.100** |

Planilla Pagada

8123c8ab-0fcb-46a7-95d8-4a0821b13756

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *ALDEMARR GOMEZ MONROY*

ha participado y aprobado el:

## Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 96,00 %

5 de julio 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=8123c8ab-0fcb-46a7-95d8-4a0821b13756

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 86076192 | GOMEZ | MONROY | ALDEMAR | | 2026-05 | Salud Total | COTIZANTE |
| CC | 86076192 | GOMEZ | MONROY | ALDEMAR | | 2016-03 | Salud Total | BENEFICIARIO |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Salud Total | 05/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

ADRES

# 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 | 86076192 |
| NOMBRES | ALDEMAR |
| APELLIDOS | GOMEZ MONROY |
| 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 | 13/03/2006 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 07/30/2026 03:21:36 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1 |

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".