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:	ROCIO CATALINA IGLESIAS NIETO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019013870		
CORREO ELECTRONICO:	kta_ign@live.com				CELULAR:	3044564322		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO03I06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570457670042342				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	761			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32216	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$7,280,040						
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:	$59,649,360
VALOR EJECUTADO	$52,369,320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,280,040
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,280,040
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
9510145688	$3,287,760	$410,970	$526,042	3	$80,090	$1,017,101

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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

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
"Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. "	Realización de ronda médica diaria, diagnóstico y prescripción de tratamientos.	Evoluciones en Historia Clínica (HC) y órdenes médicas.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro de la atención bajo normas de confidencialidad y veracidad clínica.	Historias Clínicas diligenciadas en el sistema.
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro de procedimientos realizados, censos diarios y codificación diagnóstica.	Reportes de RIPS o censos de piso validados.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Auditoría propia de los registros para asegurar el cumplimiento de la norma técnica.	Notas aclaratorias o registros clínicos completos.
Participar en la programación de actividades del área.	Asistencia a reuniones de entrega de turno y programación de altas.	Acta de entrega de turno o cuadro de turnos.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Identificación y reporte de casos epidemiológicos (ej. Dengue, COVID, TB).	Fichas de SIVIGILA radicadas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reporte de incidentes o eventos adversos detectados en el servicio.	Formato de reporte de eventos adversos.
"Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. "	Socialización del plan de manejo con enfermería y terapeutas.	Notas de enfermería con órdenes médicas ejecutadas.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento de fórmulas y órdenes médicas de forma clara y sin tachones.	Fórmulas médicas y órdenes de servicio.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Explicación y firma de autorizaciones para procedimientos o transfusiones.	Formatos de consentimiento firmados y anexos.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Evaluación periódica de pacientes con patologías de larga estancia.	Notas de evolución de seguimiento en la HC.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Brindar informes médicos presenciales o telefónicos a los acudientes.	Registro de la información brindada en la HC.
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emisión de conceptos para traslados, juntas médicas o medicina legal.	Concepto médico escrito y firmado.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicación de guías de manejo clínico y protocolos de seguridad del paciente.	Listas de chequeo de adherencia a guías.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Revisión de la vigencia de los consentimientos previos a procedimientos.	Registro de verificación en la HC.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Consolidación de las actividades realizadas durante el mes contractual.	Informe mensual de actividades firmado.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Uso correcto y entrega de equipos (computador, fonendoscopio, etc.).	Inventario de activos o acta de entrega.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a sesiones de educación continuada o reuniones de servicio.	Certificados o listados de asistencia.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Aplicación de protocolos institucionales para el egreso hospitalario.	Notas de salida y epicrisis diligenciadas.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Participación en jornadas de descongestión de urgencias o apoyo a otras áreas.	Registro de asistencia o nota de apoyo asistencial.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro de diagnósticos (CIE-10) y procedimientos (CUPS) en el software.	Base de datos de pacientes atendidos.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Apoyo en la verificación de actividades de personal auxiliar si es designado.	Informe o nota de supervisión técnica.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Pago oportuno de salud, pensión y riesgos profesionales (ARL).	Planilla de pago PILA del mes.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cumplimiento de tareas extras delegadas por el coordinador de servicio.	Evidencia documental del cumplimiento de la tarea.

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019013870		IGLESIAS NIETO ROCIO CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Ak58 #169a 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4685601	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	598780419	9510145688	I	2026/08/20	2026/08/27	NU	7	$1,023,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,289,000	$526,300			$3,289,000	$411,200			$0	$0			$3,289,000	$80,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,289,000	$526,300			$3,289,000	$411,200			$0	$0			$3,289,000	$80,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,289,000	$526,300			$3,289,000	$411,200			$0	$0			$3,289,000	$80,200		$0	$0
1	CC	1019013870	IGLESIAS ROCIO	231001	30	$3,289,000	$526,300	EPS017	30	$3,289,000	$411,200		0	$0	$0	14-11	30	$3,289,000	$80,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,289,000	$526,300			$3,289,000	$411,200			$0	$0			$3,289,000	$80,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019013870		IGLESIAS NIETO ROCIO CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Ak58 #169a 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4685601	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	598780419	9510145688	I	2026/08/20	2026/08/27	NU	7	$1,023,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$526,300	$2,800					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$526,300	$2,800	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,200	$500					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$80,200	$500	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$411,200	$2,200					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$411,200	$2,200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$1,017,700	$5,500	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$529,100
$529,100
$80,700
$80,700
$413,400
$413,400
$1,023,200

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ROCIO CATALINA IGLESIAS NIETO

C.C 1019013870 DE BOGOTÁ

La suma de **$7.280.040.oo** concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo del **01 al 31 DE AGOSTO DE 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 761-2026.**



ROCIO CATALINA IGLESIAS NIETO

C.C 1019013870 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 457670042342