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:	MANUELA HERNANDEZ FUENTES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000706272	
CORREO ELECTRONICO:	manuela1223her@gmail.com				CELULAR:	3217732744	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE13A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91247276578				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1322			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29485	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-02-01		2026-02-28			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,793,284						
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:	$15,173,136
VALOR EJECUTADO	$3,793,284
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,793,284
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11,379,852
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
8350777244	$1,473,120	$184,140	$235,699	3	$35,885	$455,724

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 consulta de enfermería, estableciendo diagnósticos y prescripción del tratamiento acorde a los protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Realizar consultas de enfermería acorde a protocolos	consultas relizadas adecuadamente
Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dando cumplimiento al curso de vida, de acuerdo con resolución 3280 de 2018	Realizar consultas de enfermeria en base a ka resolucion 3280 de 2018	Actividades de promocion en salud y prevencion de ka enfermerdad
Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred.	Realizar historia clinica siguiendo la norma establecida.	Historia clinica
Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes	Cumplir con metas establecidas	Reposición de inasistentes
Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades.	Realizar acciones preventivas	Planes de mejoramiento
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	Realizar actividades según coordinación	Entrega de reportes según indicaciones
Aplicar plan de contingencia institucional en caso de caida del sistema utilizando los formatos institucionales.	Llevar a cabo plan de contingencia según se requiera	Entregar soporte de historia clínica bajo formatos institucionales
Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA.	Realizar reportes de los eventos de notificación según corresponda .	Hacer entrega de la notificación
Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales.	Diligenciar los formatos e instrumentos propios del área.	Documentos institucionales
Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades.	Elaborar informa mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades propias de la profesión	Entrega de informes
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las capacitaciones según sea convocada	Constancia de asistencia.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad.	Cumplir con los procedimientos establecidos	Reportes
Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Garantizar la custodia de la información	Entrega de documentación
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta.	Notificar a líder temas de interés	Notificación oportuna
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplir con las normas establecidas	Historia clínica
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidar de los elementos dados a mi responsabilidad	acta
Realizar los procedimiento acorde a los protocolos intitucionales, cumpliendo con el correcto diligenciamiento y educacióna al usuario del consentimiento informado en los casos que aplique.	Realizar consentimiento informado	Consentimiento informado
Realizar supervisión y acompañamiento en el servicio vacunación en la unidad asignada.	Realizar acompañamiento en área de vacunación	actas y reportes
Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; asi como usar adecuadamente el uniforme, portar el carné de identificación y mantener una presentación personal adecuada	Realizar actividades propias de la profesión	formato de limpieza y desinfección, adecuada presentación personal
Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional.	Brindar trato humanizado	Consultas de enfermería realizadas bajo tato humanizado
Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios.	Cumplir con el manual de seguridad del paciente	Reportes de seguridad
Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc.	Cumplir con la documentación requerida	Reporte de documentación
Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto del contrato.	Realizar actividades según requerimientos y contrato	Actividades realizadas.

Copia Certificada Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 No 37

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Manuela Hernández Fuentes

C.C 1000706272

La suma de tres millones setecientos noventa y tres mil doscientos ochenta y cuatro mil pesos m/c $ 3.793.284 por concepto de: prestación de servicios como Enfermera Jefe en la Unidad de Servicios de Salud Tintal durante el periodo de 01 de Febrero al 28 de Febrero del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1322-2026

C.C 1000706272

CUENTA DE AHORROS Bancolombia

NUMERO 91247276578

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MANUELA HERNANDEZ FUENTES
No. Identificación: CC1000706272
Dirección: CALLE 7 # 90-61 CASA 119
Telefono: 8007474
Correo: manuela1223her@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8350777244

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MANUELA HERNANDEZ FUENTES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1000706272	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2026
Número de planilla	8350777244	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2026
Fecha pago	2026-02-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	44286389	**Total Pagado**	541800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8350777244

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	280200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000706272
APELLIDOS Y NOMBRES: MANUELA HERNANDEZ FUENTES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información