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:	Angela Sofía Vargas Aranda								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010070323			
CORREO ELECTRONICO:	ndsofiavargas@gmail.com				CELULAR:	3 2 0 3 3 6 3 7 6 7			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT NUTRICION Y DIETÉTICA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	FO08A35	90	FO06A35	10					
ENTIDAD FINANCIERA:	LULO BANK				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	715553287760						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4427			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29664	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	NUTRICIONISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-08-01		2026-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,842,156				
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:	$9,977,536
VALOR EJECUTADO	$9,977,536
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,842,156
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
8900913217	$1,456,398	$182,050	$233,024	3	$35,478	$450,551

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 la consulta en los servicios ambulatorios, según la agenda programada con criterios de oportunidad y calidad.	Se realizó la atención oportuna y puntual de los pacientes de consulta externa	Se registra en historia clinica correspondiente
2. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente dentro de la consulta nutricional.	Se realizó la valoración nutricional de los pacientes que asistieron a consulta externa programada, por medio de la toma de datos antropométricos, anamnesis alimentaria y se realizó diagnostico; con base en este se realizó el plan de tratamiento de cada paciente, teniendo en cuenta las guias medicas estandarizadas.	Registro de diagnostico, plan de tratamiento eindicaciones dadas al paciente en la historia clinica
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica.	Registro de diagnóstico y plan de tratamiento oportuno en la historia clínica.
4. 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	Se realizó registro de todas las actividades y procedimientos realizados a cada paciente durante la consulta nutricional.	Registro de diagnóstico y plan de tratamiento oportuno en la historia clínica.
5. Participar en la programación de las actividades de la subred.	Se participa en el asegurate del mes "Buena practica de comunicación clínica"	Listado de asistencia y realización del pre test y post test de cada una de las reuniones.
6. reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realiza notificación de los eventos de notificación obligatoria que se presentaron en el mes.	Realiza notificación de los eventos de notificación de evento de seguridad :103974
7. 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	Realiza la notificación de las fallas del servicio que presentaron en el mes.	Se realizan acciones de mejora definidas para el servicio.
8. Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos nutricionales de los pacientes.	No se realizó la actividad.	No aplica
9. diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencia de manera completa, legible y oportuna la historia clínica de acuerdo con la normatividad.	Registro de la historia clínica completa y oportuna de acuerdo a la normatividad.
10. realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizó el procedimiento a cada uno de los pacientes según los criterios.	Registro en la historia clínica de procedimientos y plan de manejo.
11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	No se realizó la actividad.	No aplica.
12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se dio a conocer a cada paciente y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico para el caso consultado, socializando el plan casero específico para cada patología.	Registro de entrega de plan casero, plan de tratamiento.
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Se realizó informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y se entrega al supervisor para la verificación de cumplimiento.	Informe mensual.
14. 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 todos los elementos entregados para el desarrollo de la consulta.	Se hará entrega de los elementos asignados para el desempeño de las actividades en caso de terminación del contrato.
15. participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	No se realizó la actividad.	No aplica.
16. conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Sub Red y se apoya en la implementación de los mismos, así como también se da apoyo en las actividades que fueron requeridas.	Asistir y colaborar en las actividades realizadas en el mes.
17. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Se participó en actividad de derechos y deberes	Se participó en actividad de derechos y deberes
18. registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la subred.	Se realiza reporte de las actividades en el sistema de la Subred.	Registro de actividades.
19. realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No se realizó la actividad.	No aplica
20. entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se entrega con esta cuenta de cobro.	Constancia de pago
21. realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	No se realizó la actividad.	No aplica
22. Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y productos conforme a los lineamientos pactados	Se gestiona productividad.	Rendimiento 2.1

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

perfil

- Datos Personales
- Cuenta de Cobro
  - Soportes OPS
  - OPS
- Dinámica / Contraseña
- Activar-Base Poblacional
- Administrativo
- Asistencial



Angela Sofía Vargas Aranda

NUTRICIONISTA

Contrato Actual: 4427-2026

320336 3767 ndsofiavargas@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento Cédula de ciudadania	Banco LULO BANK
No. de documento 1010070323	Tipo de cuenta AHORRO
Sede SUBRED	No. de cuenta 715553287760

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **24/09/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 325069

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
325 069	4427	2026-08-01 / 2026-08-31	$9,977,536	$3,842,156	100	$0	APROBADA	
320 652	4427	2026-07-01 / 2026-07-31	$6,135,380	$3,640,996	61.49	$3,842,156	APROBADA	
312 676	4427	2026-06-11 / 2026-06-30	$2,494,384	$2,494,384	40	$3,741,576	APROBADA	

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA

C.C: 1.010.070.323 DE BOGOTA

La suma de $ 3,842,156 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Nutrición 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. Durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2026 por 191 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4427-2026



ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA

C.C. 1.010.070.323 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS LULO BANK

NUMERO 715553287760

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-08-06, 01:03:12 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2026
Empresa	ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010070323
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8900913217 / 87172191
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	87172191
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 541.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 218.900	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 42.700	$ 0
		SubTotales:		$ 541.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 541.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.