| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Yeni Penagos Diaz | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52838850 | |
| CORREO ELECTRONICO: | penagosyeni@gmail.com | | | | CELULAR: | 3005210871 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10U06 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488419403875 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4693 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1981 | FECHA | 2026-09-23 15:18:09.000 | NÚMERO DE CRP | 38446 | FECHA | 2026-09-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-09-01 | | 2026-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,311,050 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $6,625,010 |
| VALOR EJECUTADO | $6,475,918 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,311,050 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $149,092 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 94709087 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO
1030613910
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 como auxiliar de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del proceso | Realizar las actividades como auxiliar de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del proceso | 1 Acompañamiento de actividades asignadas por el profesional de enfermería. |
| 2. Aplicar listas de chequeo que corresponden a las necesidades del proceso en las unidades de la Subred Sur Occidente. | 2. Aplicar listas de chequeo que corresponden a las necesidades del proceso en las unidades de la Subred Sur Occidente. | Listas de chequeo diligenciadas y firmadas, informes de hallazgos al profesional de enfermería. |
| 3. Realizar acompañamiento y seguimiento a las actividades asignadas en las diferentes unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso. | 3. Realizar acompañamiento y seguimiento a las actividades asignadas en las diferentes unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso. | 3 Acompañamiento y seguimiento en las actividades asignadas, actas de rondas con observaciones y acciones. |
| 4. Adherirse a los procedimientos, manuales, instructivos, protocolos, entre otros de la Subred Sur Occidente | 4. Adherirse a los procedimientos, manuales, instructivos, protocolos, entre otros de la Subred Sur Occidente | 4 Fortalecimiento de los procedimientos, manuales, instructivos y protocolos institucionales de la subred sur occidente. |
| 5. 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. | 5. 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. | 5 Se verifica educación a pacientes y familiares. |
| 6. Diligenciar documentos para estadística, libros de registro, en forma legible y formatos requeridos para el proceso, realizar los reportes en las plataformas definidas por la Subred Sur Occidente. | 6. Diligenciar documentos para estadística, libros de registro, en forma legible y formatos requeridos para el proceso, realizar los reportes en las plataformas definidas por la Subred Sur Occidente. | 6 Se realiza listas de chequeo del programa. |
| 7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | 7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | 7 Se asiste a reuniones y se realiza sensibilizaciones asignadas. |
| 8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | 8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | 8 Se retroalimentación al líder o referente de la unidad. |
| 9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | 9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | 9 Se realiza las diferentes actividades programadas por el referente del programa. |
| 10. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 10. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 10 Registro oportuno y organizado de las actividades relacionadas con el programa. |
| 11. Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, utilizando de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos. | 11. Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, utilizando de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos. | 11 Se preserva y se efectúan las obligaciones contractuales mediante usos adecuados y optimizado de los recursos humanos, físicos, financieros y estructurales. |
| . 12. Custodiar y responder por los bienes a cargo. | 12. Custodiar y responder por los bienes a cargo. | 12Se realiza custodia y se responde por los bienes a cargo. |
| 13. Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del plan de acción del Proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo | 13. Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del plan de acción del Proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo | 13 Desarrollo las actividades orientadas a fortalecer la gestión clínica excelente y segura en el usuario, familia y continuidad. |
| 14. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y o de planes de gestión del área y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida según programación de acuerdo a las actividades o a los requerimientos del servicio contratado | 14. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y o de planes de gestión del área y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida según programación de acuerdo a las actividades o a los requerimientos del servicio contratado | 14 Se ejecuta actividades asignadas de acuerdo al cronograma establecido por el programa dando cumplimiento a las metas contractuales y planes de gestión del área. |
| 15. Las demás actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con las obligaciones del contrato. | 15. Las demás actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con las obligaciones del contrato. | 15Se realizan las demás actividades que se requieren dentro del programa afines con las obligaciones del contrato. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO
1030613910
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

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **YENI PENAGOS DIAZ**, identificada con **CC** número **52838850**, aportó por **YENI PENAGOS DIAZ**, identificado(a) con **CC** número **52838850** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **95571340** para el periodo de salud **2026-09** y pensiones **2026-09** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | COTIZACIÓN Y/O APORTE | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Riesgos Laborales | 14-11 | ARL SURA | 890903790 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.906 | 0,02436 | 3 | $42.700 | Septiembre - 2026 | 95571340 | 09/10/2026 | N |
| Salud | EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 830003564 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.906 | 0,12500 | | $218.900 | Septiembre - 2026 | 95571340 | 09/10/2026 | N |
| Pensiones | 230301 | Porvenir | 800224808 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.906 | 0,16000 | | $280.200 | Septiembre - 2026 | 95571340 | 09/10/2026 | N |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Octubre de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ARL

sura

Medellín, 26 de octubre de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **YENI PENAGOS DIAZ** con documento de identidad **C52838850**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026-07-07 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADADESERVICIOS DE SALUDSUROCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YENI PENAGOS DIAZ**

**CC: 52838850 DE BOGOTA**

La suma de $2161950 pesos por concepto de: Prestación de servicios, como AUXILIAR DE ENFERMERIA – ADMINISTRATIVO de la dirección hospitalaria, durante el periodo del 01 al 31 de Ocubre 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4693-2026.

Yeni Penagos Díaz

**YENI PENAGOS DIAZ**
**CC:52838850 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**
**NUMERO: 0550488419403875**