

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                    |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | ALIX YANET MAYORGA MORA                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 51752635   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | alixmayo@gmail.com                                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3156089536 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K30           | 100                      |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BBVA COLOMBIA S.A |                          |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 49166697                                           |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | SI         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2105                     |                                                    |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2933              | FECHA                    | 2023-11-29 16:42:18.000                            | NÚMERO DE CRP       | 63818                            | FECHA         | 2023-11-30 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | TECNICO EN ARTES         |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                              | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    | \$2,460,374         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                      |                                                    | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$22,581,021  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$17,414,235  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$2,460,374   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$5,166,786   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                     |                                  | 77%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 1058232532                                                                                                                                                                                                                                                   | \$984,150         | \$123,019                | \$157,464                                          | 3                   | \$23,974                         | \$304,457     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ<br>52279556<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                           | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud., Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | Entrega de actas de reuniones y asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                                 | • Actas de Reunion en secretaria asistencia tecnica para equipo de gestión y otros componentes • Actas de reunión con lider de entorno cuidador comunitario • Actas de Reuniones de fortalecimiento tecnico de equipo del entorno comunitario . Cronograma |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar acciones para la búsqueda y lectura de necesidades a 8 grupos cada uno con 4 sesiones en grupos de salud mental en las localidades pertenecientes a la Subred Sur Occidente                                                  | Listados de sesiones colectivas, ficha tecnica, diarios de campo en entorno cuidador comunitario                                                                                                                                                           |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar informe mensual donde se identifica la evaluación de las necesidades de logros y dificultades cumplimiento de metas, diligenciamiento de tablero de control para dar cuenta de la población atendida y registro fotográfico  | Informe mensual RBC                                                                                                                                                                                                                                        |
| Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelanta la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Asistencia a asistencias técnicas convocadas con la entrega oportuna de los soportes                                                                                                                                                  | Asistencia a asistencias técnicas convocadas con la entrega oportuna de los soportes                                                                                                                                                                       |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realiza pago oportuno de la obligación                                                                                                                                                                                             | Entrega mensual en plataforma de la Subredsurorientante                                                                                                                                                                                                    |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | En el mes presente se realizan 3 sesiones mensuales por grupo de cada localidad para dar cumplimiento al objetivo y al alcance del contrato y se hace entrega de formatos en los tiempos establecidos al entorno cuidador comunitario | Cronograma entregado en los primeros días del mes, entrega de fichas técnicas, actas e informe mensual                                                                                                                                                     |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o reintroducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Asistencia a capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo de la subred así como capacitaciones de lineamientos o capacitaciones de canalización                                                                                  | Actas de soporte y listados de sesiones colectivas soportados en las carpetas del entorno comunitario                                                                                                                                                      |
| El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Busqueda y lectura de necesidades teoricas deacuerdo a las necesidades encontradas en cada grupo                                                                                                                                      | Sesiones colectivas y alistamiento de fichas técnicas                                                                                                                                                                                                      |
| El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se realiza canalizacion de acuerdo a la meta establecida                                                                                                                                                                              | Enviar canalizaciones                                                                                                                                                                                                                                      |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ  
52279556  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

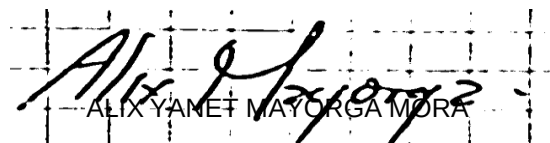
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 51752635 / 2105-2023  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALIX YANET MAYORGA MORA  
CC 51752635 de Bogotá D.C

La suma de \$2.460.374 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE por concepto de servicios Profesional Universitario técnico en artes durante el periodo del 01 al 30 de noviembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2105-2023.



ALIX YANET MAYORGA MORA

**CC 51752635 DE BOGOTÁ D.C**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**  
**NUMERO X**



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-10, 01:48:01 PM    Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES    Número Planilla: 1058232532  
Periodo Cotización: octubre de 2023    Periodo Servicio: octubre de 2023    Referencia pago (PIN): 8856637310

PAGADO 10/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                         |                    |                            |
|---------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|
| Razón Social        | ALIX JANET MAYORGA MORA |                    |                            |
| Documento           | CC51752635              | Dirección          | CR 72K SUR #40 - 59 TIMIZA |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE           | Teléfono           | 3156089536                 |
| Tipo Persona        | NATURAL                 | Forma Presentación | ÚNICO                      |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.             | Departamento       | BOGOTA D.C.                |
| Representante Legal |                         | Identificación     |                            |
| Total Afiliados     | 1                       | ARP                | ARL SURA                   |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                         |                |                   | Novedades |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |                      | Riesgos     |                |                         | Cajas        |              |        | Parafiscales |                |                      |          | Total       |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres     | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RETP | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP       | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora       | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora          | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 51752635        | ALIX YANET MAYORGA MORA | 59             | 03                |           |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 0        | 30       | 30       | 0        | (NIN-AF) NINGUNA AFP | \$ 0        | \$ 0           | (EPS017) FAMI/SANAR EPS | \$ 1.160.000 | \$ 145.000   | 2.436  | \$ 1.160.000 | \$ 28.300      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 173.300 |

III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 0        | \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 0      | \$ 0            | \$ 145.000    | \$ 28.300       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 173.300                     | \$ 300                  | \$ 173.600  |