

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|---------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         | Versión                |                 | 3             |             |  |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                        |                          |                                                         | Fecha de aprobación    |                 | 2/15/2018     |             |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         | Código:                |                 | 04-02-FO-0002 |             |                                                                                     |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                        |                          | angelica rocio ramirez                                  |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                        |                          | C.C                                                     | X                      | C.E             | No.           |             | 52434370                                                                            |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |                          | cony3177@gmail.com                                      |                        |                 | CELULAR:      |             | 3133783620                                                                          |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                        |                          |                                                         |                        | SUBRED          |               |             |                                                                                     |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                        |                          | PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                 | SEDE:         |             | SUBRED                                                                              |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo        | %                        |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K32                | 100                      |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A   |                          |                                                         |                        | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO      |                                                                                     |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                        |                          | 550488420374743                                         |                        |                 |               | PENSIONADO  |                                                                                     | NO                      |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                        | 7695                     |                                                         |                        | VIGENCIA        |               |             | 2024                                                                                |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2354                   | FECHA                    | 2024-11-13 16:04:13.000                                 |                        | NÚMERO DE CRP   |               | 70489       | FECHA                                                                               | 2024-11-15 22:16:25.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | TECNICO ADMINISTRATIVO |                          |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                        | DESDE                    |                                                         | FECHA INICIAL          |                 | HASTA         | FECHA FINAL |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         | 2024-10-23             |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                        |                          |                                                         | \$820,125              |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | \$820,125   |                                                                                     |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | \$820,125   |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | \$820,125   |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | \$0         |                                                                                     |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | \$0         |                                                                                     |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               | 100%        |                                                                                     |                         |  |
| 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                                                                       |                         |  |
| 7941399661                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$984,150              | \$123,019                |                                                         | \$157,464              |                 | 3             | \$23,974    | \$304,457                                                                           |                         |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                        |  |                        |                          |                                                         |                        |                 |               |             |                                                                                     |                         |  |
| Bibiana Yulieth Avila Bohorquez<br>20888182<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                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil Técnico, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la secretaria Distrital de salud. | Se realiza para el periodo del 23 al 31 de octubre el descargue de las bases correspondientes a Defunciones y Nacidos vivos para realizar envío los días lunes de acuerdo al periodo de corte requerido semanal y mensual.                                                                                                                                          | envío de correos y base de datos consolidado a eevv.bogota@saludcapital.gov.co                                                                                          |
| 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-subred sur occidente y la secretaria de salud.                                                                                                                                                                                                                                      | Se realiza para el periodo del 23 al 31 de octubre el descargue de las bases correspondientes a Defunciones y Nacidos vivos para realizar envío los días lunes de acuerdo al periodo de corte requerido para base de BAI, Hallazgos Def. y Nacidos vivos al geógrafo.                                                                                               | envío de correos y base de datos consolidado a eevv.bogota@saludcapital.gov.co                                                                                          |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como la sub red sur occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado.                                                                                                                                                                                                                | Para el mes de septiembre se realiza recepción de hallazgos por parte del Geógrafo, se hace la respectiva verificación de datos en el geo codificador y posteriormente hacer envío de la base de hallazgos a la profesional de enfermería, posteriormente se recibe base de hallazgos del médico para hacer el envío respectivo IPS los días viernes de cada semana | envío de correos y base de datos consolidado a profesional de enfermería y correos de los viernes envíos a las IPS                                                      |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | se realiza actualización de tablero de cobertura, apoyo al tablero de actividades de análisis demográfico y estadísticas vitales por localidad                                                                                                                                                                                                                      | envío correos al profesional de georeferenciación                                                                                                                       |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se apoya la realización de informes e indicadores con calidad y oportunidad correspondientes a las bases de nacidos vivos y defunciones, escaner de actas para el mes de septiembre                                                                                                                                                                                 | envío tableros y datos solicitados para entrega mensual al correo eevv.bogota@saludcapital.gov.co                                                                       |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza para el periodo del 23 al 31 de octubre el descargue de las bases correspondientes a Defunciones y Nacidos vivos para realizar envío los días lunes de acuerdo al periodo de corte requerido semanal y mensual de las bases de BAI, consolidado de defunciones y Base de hallazgos                                                                       | envío de correos y base de datos consolidado a eevv.bogota@saludcapital.gov.co; correos enviados a los profesionales de enfermería y geógrafo con copia a la referente, |
| .Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se apoya la realización de informes e indicadores, con calidad y oportunidad, escaner de actas para el mes correspondiente,                                                                                                                                                                                                                                         | envío tableros y datos solicitados para entrega mensual al correo eevv.bogota@saludcapital.gov.co                                                                       |
| .Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del componente asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se realiza seguimiento al correo administrativo para dar respuesta a las solicitudes realizadas de certificados de defunción y nacidos vivos solicitados por las diferentes áreas o entes de control.                                                                                                                                                               | correo eevv.bogota@saludcapital.gov.co                                                                                                                                  |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se participa en las asistencias técnicas, capacitaciones y apoyo a las auditorías y requerimientos solicitados por la referente                                                                                                                                                                                                                                     | Archivo digital y correos y actas                                                                                                                                       |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez  
20888182  
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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52434370             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | ANGELICA ROCIO RAMIREZ TIMOTE |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL       | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL 6D NO 79A-76 INTERIOR 12  | TELÉFONO: 6042596                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | NO                                             |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                 |                                    |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7941399661      | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024       | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0               |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/10/09      | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 971098364     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                        |            |            |
|-----------------------|--------|------------------------|------------|------------|
|                       |        |                        | TOTALES    |            |
|                       |        |                        | COTIZANTES | TOTAL      |
| PENSIÓN               |        |                        |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                        |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                 |            |            |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES     | 1          | \$ 208.000 |
| SUBTOTAL:             |        |                        | 1          | \$ 208.000 |
|                       |        |                        |            |            |
| SALUD                 |        |                        |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                        |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                 |            |            |
| 830113831             | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1          | \$ 162.500 |
| SUBTOTAL:             |        |                        | 1          | \$ 162.500 |
|                       |        |                        |            |            |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                        |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                        |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                 |            |            |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA       | 1          | \$ 31.700  |
| SUBTOTAL:             |        |                        | 1          | \$ 31.700  |
|                       |        |                        |            |            |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 402.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 402.200 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**  
**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

ANGELICA ROSIO RAMIREZ TMOIE  
CC 52434370 DE BOGOTA

La suma de (ocho cientos veinte mil ciento veinticinco pesos M/C) (820.125) por concepto de servicios como (**TÉCNICO ADMINISTRATIVO**) en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo del **23 al 31 de octubre de 2024**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **7695-2024**

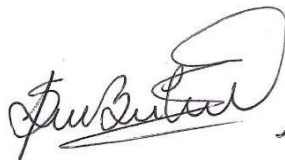


ANGELICA ROSIO RAMIREZ TMOIE  
CC 52434370 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO  
DAVIVIENDA

NUMERO 0550488420374743

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **octubre 2024** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



---

**SANDRA BIBIANA COBOS QUINTERO**  
**Lider de Proceso**  
**Vigilancia en Salud Pública**



---

**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**  
**Referente Vigilancia en Salud Pública**