

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                      |                          |                                          |                        | Versión             | 3             |             |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |             |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Jesika Paola Vargas Abril                |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                      | X                      | C.E                 | No.           |             | 1024574100                                                                                                                   |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | jpaolav3@gmail.com                       |                        |                     | CELULAR:      |             | 3115571707                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                          |                        |                     | SUBRED        |             |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA |                        |                     | SEDE:         |             | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46K33-5            | 100                      |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                          |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO      |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 550488441575427                          |                        |                     |               |             | PENSIONADO                                                                                                                   | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 9644                     |                                          |                        | VIGENCIA            |               |             | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 164                  | FECHA                    | 2025-01-20 17:27:32.000                  |                        | NÚMERO DE CRP       | 5691          | FECHA       | 2025-01-20 18:10:00.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                    | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          | 2024-12-07             |                     |               | 2024-12-09  |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                          |                        | \$80,232            |               |             |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                          |                        |                     | \$492,075     |             |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        |                     | \$80,232      |             |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                          |                        |                     | \$80,232      |             |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        |                     | \$0           |             |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                          |                        |                     | \$411,843     |             |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                          |                        |                     | 16%           |             |                                                                                                                              |    |
| 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                                                                                                                |    |
| 1024574100                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526            | \$113,566                |                                          | \$145,364              |                     | 3             | \$22,132    | \$281,062                                                                                                                    |    |
| Dado en Bogotá a los nueve(9) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |                        |                     |               |             |                                                                                                                              |    |
| Mónica María Peña Osorio<br>52960209<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 gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del modelo de salud mas bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Seguir los lineamientos de ebeh para el perfil de promotor de salud                                                                                                                    | mapas al día y aplicativo de caracterizació                |
| participar activamente en las jornadas programadas tanto por la sds como por la sub red sur occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | asistir a las reuniones y lineas tecnicas que da la sds y la subred sur occidente                                                                                                      | acta de asistencia                                         |
| desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Generar educacion a las fa,milias visitadas en los territorios asignados                                                                                                               | Planes de cuidados y aplicativo de identificacion familiar |
| prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | tener un trato respetuosos con las familias identificadas en terreno                                                                                                                   | planes de cuidados y aplicativo de identificación familiar |
| participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                        | asistir a las reuniones y lineas tecnicas que da la sds y la subred sur occidente                                                                                                      | acta de asistencia                                         |
| participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                        | generar educacion de la oferta interdistrital que maneja las difrentes oficina de la alcaldia                                                                                          | canalizacion sirc                                          |
| realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la subred o de la sds entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                           | realizar entrega de formatos y aplicativo al dia para certificacion                                                                                                                    | acta de certificacion                                      |
| alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ese, sds o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | certificacion acta de certificacion 19094513 alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ese, sds o por entes de control. presentar soportes al dia para auditoria | acta de certificacion                                      |
| elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | entregar de forma oportuna los productos de promotor en salud cuando sea solicitado                                                                                                    | planes de cuidados y aplicativo de identificacion familiar |
| atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | dar respuestas a las diferentes solicitudes que pasa en terreno a la familia                                                                                                           | planes de cuidados y aplicativo de identificacion familiar |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | informar al lider sobre cualquier inconveniente que se presente en terreno                                                                                                             | acta de informe de novedades                               |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | velar por la buena imagen de la subred sur occidente                                                                                                                                   | chaqueta y uniforme en buen estado                         |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | tener elementos de identificacion fremte a la comunidaqd en buen estado                                                                                                                | chaqueta y carnet en buen estado                           |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | mantener los equipos en buen estado                                                                                                                                                    | computador en buen estado                                  |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | seguir lo lienamientos de ebeh para el perfil de promotor de cuidado                                                                                                                   | mapas al dia y aplicativo de caracterizacion               |

Mónica María Peña Osorio  
52960209  
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 A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JESIKA PAOLA VARGAS ABRIL**

**CC. 1024574100 DE BOGOTA D.C**

La suma de OCHENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MCTE (\$80.232), por concepto de servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 7 al 9 de Diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9644-2024



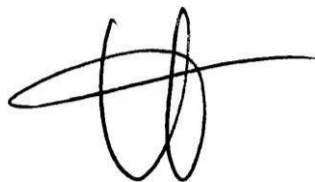
**JESIKA PAOLA VARGAS ABRIL**

**CC. 1024574100 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488441575427**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 7 al 9 de Diciembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión**



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que **Jesika Paola Vargas Abril** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1024574100**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | CC 1024574100                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Jesika Paola Vargas Abril             |
| TIPO DE AFILIADO                   | Titular                               |
| PARENTESCO                         | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 01/09/1996                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 10 Tiene El Servicio Suspendido       |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 24 - Sin Empleador Vigente            |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     | 07/04/2015                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | 15/01/2025                            |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | 112 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO    | 49 semanas                            |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 06/12/2024                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                     |                                       |

|                                         |            |            |       |            |       |       |            |       |
|-----------------------------------------|------------|------------|-------|------------|-------|-------|------------|-------|
| CEDULA DE CIUDADANIA                    | 1024574100 | JESIKA     | PAOLA | VARGAS     | ABRIL | Desde | 01/01/2025 | Hasta |
| 15/01/2025                              |            |            |       |            |       |       |            |       |
| CEDULA DE CIUDADANIA                    | 1024574100 | JESIKA     | PAOLA | VARGAS     | ABRIL | Desde | 08/07/2024 | Hasta |
| 30/12/2024                              |            |            |       |            |       |       |            |       |
| CEDULA DE CIUDADANIA                    | 1024574100 | JESIKA     | PAOLA | VARGAS     | ABRIL | Desde | 23/01/2024 | Hasta |
| 30/06/2024                              |            |            |       |            |       |       |            |       |
| N.I.T. 811033557 MISION EMPRESARIAL S A | Desde      | 13/09/2023 | Hasta | 31/12/2023 |       |       |            |       |

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1204574100**, *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de diciembre de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

Medellin, 25 de diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que JESIKA PAOLA VARGAS ABRIL con documento de identidad C1024574100, 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 |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-12-06   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

