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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIANA JISEL OSMA FONTECHA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1101754553			
CORREO ELECTRONICO:	eliana.osma@gmail.com				CELULAR:	3133152085			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10U06	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	37270683						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1729			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	217	FECHA	2025-01-24 10:07:36.000	NÚMERO DE CRP	14450	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$2,426,783			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9,707,132
VALOR EJECUTADO	$7,280,349
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,426,783
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,426,783
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
8385357341	$970,713	$121,339	$155,314	3	$23,647	$300,300

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y los procedimientos de la Subred	Acceder a los documentos para su organización, selección y archivo, dandole el uso responsable para tal fin	"Desarrollo de la gestión documental diaria cumpliendo con las normas de seguridad. "
Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.	Manejo y procedimiento de la información con integridad, calidad y oportunidad	Elaboración de informes, actas y llevar al día la agenda con registros según periodicidad
Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área.	Elaborar los pedidos de útiles y elementos de oficina indispensables	Realizado y ejecutado para el buen funcionamiento del área
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se da cumplimiento con todos los requerimientos derivados del área para cada uno de los procesos establecidos	Cumplimiento total de lo asignado por el Jefe inmediatro.
Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	Comunicando al personal del servicio los cambios que se presenten	Consolidando la información
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Ocuparse del control de gestión y la correcta administración de los recursos dentro de la oficina.	Gestionado y cumplido a la fecha
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Asistencia a capacitaciones cuando la Subred lo requiere.	Participación activa y permanente en los programas de inducción, entrenamiento y capacitación establecidos por la Subred
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Cumplimiento de lo estipulado con las actividades contractuales realizadas	Producto entregado y certificado a la prestación del servicio
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega de constancias de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente.	Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Mantener en el desempeño de su cargo excelentes relaciones humanas, capacidad de trabajo en equipo	Receptividad al cambio y calidad en el servicio.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ELIANA JISEL OSMA FONTECHA
No. Identificación: CC1101754553
Dirección: CALLE 71 A SUR NO. 83 -20
Telefono: 3133152085
Correo: eliana.osma@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385357341

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ELIANA JISEL OSMA FONTECHA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1101754553	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2025
Número de planilla	8385357341	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2025
Fecha pago	2025-04-10	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	49118554	**Total Pagado**	440500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8385357341

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS002	Salud Total EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1101754553
APELLIDOS Y NOMBRES: ELIANA JISEL OSMA FONTECHA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA JISEL OSMA FONTECHA

C.C 1.101.754.553 DE VELEZ

La suma de $2,426,783 Dos millones cuatrocientos veintiséis mil setecientos ochenta y tres pesos, por concepto de: Prestación servicios como APOYO TÉCNICO ADMINISTRATIVO II en el área de Ginecología, Pediatría y Cirugía Plástica de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E KENNEDY durante el periodo del **01 al 30 de Abril 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1729-2025.



C.C 1.101.754.553 DE VELEZ

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO 037270683