

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                         |               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Yulianny yised cordoba arriaga                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                                     | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1000516730 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | cordobayised2021@hotmail.com                            |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 6018016227 |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 550488430714524                                         |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 9532                     |                                                         |               | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 205                  | FECHA                    | 2025-01-24 15:29:15.000                                 | NÚMERO DE CRP | 13259                            | FECHA         | 2025-01-31 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                                   | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                         | 2025-04-01    |                                  |               | 2025-04-30                                                                          |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                         |               |                                  | \$14,762,244  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                         |               |                                  | \$12,301,870  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                                         |               |                                  | \$2,460,374   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                         |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                                         |               |                                  | \$2,460,374   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                         |               |                                  | 83%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 8385050943                                                                                                                                                                                                                                                   | \$984,150            | \$123,019                | \$157,464                                               | 3             | \$23,974                         | \$304,457     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                      |                          |                                                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<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                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, 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 las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a 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 | Socialización con la líder del subsistema                                                                                                                                  | Soporte acta y listado de asistencia                                                                                                                                       |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se realiza entrega magnetico semanal o diario de los productos asignados al subsistema según lo requiera el referentec                                                     | Soporte acta y listado de asistencia, diligenciamiento drives.                                                                                                             |
| 3. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | No se programa actividad                                                                                                                                                   | No se programa actividad                                                                                                                                                   |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se Realiza BAC en su Totalidad de acuerdo a la Notificación recibida Garantizando la Cobertura al 100% de vacunación                                                       | Entrega de Formatos BAC                                                                                                                                                    |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se Realizan BLOQUEOS en su Totalidad de acuerdo a la Notificación recibida Garantizando la Cobertura al 100% de vacunación                                                 | Entrega de concolidado por Bloqueo, mapa del evento.                                                                                                                       |
| 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | De acuerdo a la programacion de disponibilidad                                                                                                                             | De acuerdo a la programacion de disponibilidad                                                                                                                             |
| 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, 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 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                                                                                                                                                        | Se participa de acuerdo a la programacion realizada por los lideres cuando sea correspondiente                                                                             | Soporte acta y listado de asistencia                                                                                                                                       |
| 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se participa de acuerdo a la programacion realizada por los lideres cuando sea correspondiente                                                                             | Soporte acta y listado de asistencia                                                                                                                                       |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Apoyar los dias administrativos los dias que se requieran                                                                                                                  | Entrega de actividades asignadas                                                                                                                                           |
| 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | se realiza verificacion de la base de Bloqueos con entrega de productos                                                                                                    | Entrega de actividades asignadas                                                                                                                                           |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizar alistamiento de los productos entregados                                                                                                                          | Soporte de acta y listados de asistencia                                                                                                                                   |
| 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza de acuerdo a los criterios y tiempos establecidos utilizando los formatos indicados, los cuales para su verificacion se entregan en fisico y magnetico          | Envio de correo con el diligenciamiento de los formatos establecidos y entrega fisica para su respectiva verificacion y aceptacion                                         |
| 13. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se realiza una entrega mensual de la informacion del subsistema                                                                                                            | Entrega de carpeta magnetico de todos los soportes.                                                                                                                        |
| 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza de acuerdo a la programacion indicada por cada uno de los lideres.                                                                                              | Soporte de acta y listados de asistencia                                                                                                                                   |
| 15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se garantiza el uso correcto de los elementos de proteccion personal , se utiliza el vehiculo de manera optima y los equipos y herramientas con el cuidado correspondiente | Se garantiza el uso correcto de los elementos de proteccion personal , se utiliza el vehiculo de manera optima y los equipos y herramientas con el cuidado correspondiente |
| 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza de acuerdo a la programacion indicada por cada uno de los lideres.                                                                                              | Soporte de acta y listados de asistencia                                                                                                                                   |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
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):** YULIANNY YISED CORDOBA ARRIAGA  
**No. Identificación:** CC1000516730  
**Dirección:** CARRERA98B 14-06  
**Telefono:** 8016227  
**Correo:** cordobayised2021@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8385848681

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                                |                               |               |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | YULIANNY YISED CORDOBA ARRIAGA | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC1000516730                   | Periodo de Cotización Salud   | abril de 2025 |
| Número de planilla              | 8385848681                     | Periodo de Cotización Pensión | abril de 2025 |
| Fecha pago                      | 2025-05-12                     | Número de Administradoras     | 3             |
| Número de autorización pago     | 28990807                       | Total Pagado                  | 441500        |
| Banco                           | 1023                           | Total Intereses de Mora       | 1000          |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                                | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                              | 34800        | 1                   |
| 25-14                 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 228300       | 1                   |
| EPS037                | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS                  | 178400       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 1000516730  
APELLIDOS Y NOMBRES: YULIANNY YISED CORDOBA ARRIAGA

| 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 |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS037   | 25-14    | 1423500   | 1423500     | 1423500     | 0         | 178000           | 0         | 227800             | 0                                | 34700              | 0            |

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

**DEBE A:**  
Yulianny Yised Córdoba Arriaga  
CC 1000516730 DE Villa Rica

La suma de (dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro)  
\$2.460.374 m/cte por concepto de servicios como técnico 1 auxiliar de enfermería en el entorno  
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2025, de conformidad  
con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9532/2024

*Yised Cordoba.*

Yulianny Yised Córdoba Arriaga  
CC 1000516730 de Villa Rica  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
0550488430714524

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

*Mariluz Muñeton*

---

**Mariluz Muñeton**  
**Lider de Proceso**  
**Vigilancia en Salud Pública**

*Lady Viviana Rodriguez Galindo*

---

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