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:	ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032445162		
CORREO ELECTRONICO:	gaby.torres0312@gmail.com				CELULAR:	3214001658		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K30	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570004870406529					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1030			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1113	FECHA	2025-05-12 16:03:47.000	NÚMERO DE CRP	25624	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-16		2025-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$793,681				
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:	$11,456,810
VALOR EJECUTADO	$10,901,027
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$793,681
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$555,783
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
85014716	$922,618	$115,327	$147,619	3	$22,475	$285,421

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
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

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
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o 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 para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Desde el producto, dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar, se realizo Los grupos comunitarios para condiciones crónicas no transmisibles, promoviendo prácticas de hábitos y estilos de vida saludable, donde se realizo y se educo en salud sobre los temas: enfermedades cronicas no transmisibles, en las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda. se desarrollo tema de enfermedades cronicas a la poblacion que participa de la actividad en varias sesiones en dias diferentes Durante el mes se realizo el listado se sesiones colectiva, los diarios de campo y el informes mensuales.	fichas técnicas, diario de campo, listado sesiones colectivas
2. 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.	Se participó en reuniones para fortalecimientos técnicos por parte de la profesional de apoyo.	Se participó en reuniones para fortalecimientos técnicos por parte de la profesional de apoyo.
3. Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público.	Se participó en actividades programadas por el líder del producto Dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar y/o referente del Entorno cuidador comunitario bienestar con nuestra comunidad de acuerdo a las acciones establecidas en el proceso.	Actas de asistencia a reuniones.
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	Se participó en reuniones de direccionamiento técnicas por parte de la profesional de apoyo líder de del producto Dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar y del referenteEntorno cuidador comunitario bienestar con nuestra comunidad.	Actas de asistencia a reuniones.
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Se implementaron Los grupos comunitarios para condiciones crónicas no transmisibles, promoviendo prácticas de hábitos y estilos de vida saludable, donde se realizo y se educo en salud sobre los temas: enfermedades cronicas no transmisibles, en las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda. se desarrollo tema de enfermedades cronicas a la poblacion que participa de la actividad en varias sesiones en dias diferentes. Se realizo activación de ruta de canalización. Lo anterior se desarrolló de acuerdo a las directrices y lineamientos establecidos por la SDS o líder del proceso. Durante el mes, se consolidaron las bases de datos y revisión y consolidación de informes mensuales.	fichas técnicas, diarios de campo bases de datos e informes.
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	Realizar revisión y pre-auditoria de los soportes que representan cada una de las actividades desarrolladas desde dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar.	Actas, fichas técnicas, diario de campo y el informe mensual.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

7. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	Desde el producto, dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar, se realizo Los grupos comunitarios para condiciones crónicas no transmisibles, promoviendo prácticas de hábitos y estilos de vida saludable, donde se realizo y se educo en salud sobre los temas: enfermedades cronicas no transmisibles, en las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda. se desarrollo tema de enfermedades cronicas a la poblacion que participa de la actividad en varias sesiones en dias diferentes Durante el mes se realizo el listado se sesiones colectiva, los diarios de campo y el informes mensuales. en temas de salud en las enfermedades crónicas no transmisibles de la diabetes e hipertensión en estilos de vida saludable, actividad física. Durante el mes, se realizó consolidación el informe mensual.	Técnicas,diario de campo y el informe mensual.
8. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	Se participó en reuniones de direccionamiento técnicas por parte de referentes de la secretaria de salud referente distrital.	Actas de asistencia a reunión.
9. Consolidar y fortalcer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	Se implementaron acciones, orientación dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar, se realizo Los grupos comunitarios para condici y concertacion de espacios con líderes comunitarios que lideran grupos poblacionales en las localidades de Kennedy, Fontibón Bosa y Puente Aranda.	Actas.
10. fortalecer capacidades de autogestión y liderazo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicicos participativos y la movilización social.	Gestión intersectorial y transectorial para la activación de rutas de acceso, para eliminación de barreras de acceso a para los servicios de salud y programas que aportan a la salud a la promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad.	Actas de gestión y desarrollo de la actividad.
11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del referente del espacio asignado.	Se brindó se realizó ajustes a cada uno de los soportes que evidencian las actividades a desarrolladas dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar, se realizo Los grupos comunitarios para condiciones cronicas, se realizó consolidación revisión del informe mensual.	Actas de desarrollo de las actividades, informes.
12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se realizó informes de gestión mensual e informe vigencial de la estrategia MujerESalud y se alimentó base de datos que evidencia las acciones desarrolladas.	Actas de desarrollo de las actividades, bases de datos e informes.
13. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la E.S.E como de la firma auditora o SDS, entes de control.	Se entregó informe mensual y soportes debidamente diligenciado para calidad de las acciones desarrolladas Desde el producto, dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar.	Soportes debidamente diligenciados para la auditoria.
14.Asumir el 100 % de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad,oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsisitencias en soportes, entre otras).	Se asumirá el porcentaje de la glosa generada por inconsistencias en soportes o acciones de calidad oportuna, en la que tenga responsabilidad (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	No aplica para este mes.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ

C.C 1032.445.162

La suma de SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS, $793.682), por concepto de servicios como Gestora Comunitaria en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 16 al 30 de Abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1030-2025.

ANGELICA TORRES PEREZ

ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ

C.C 1032.445.162

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 0570004870406529

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de Abril como apoyo a la supervisión.



_____
MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
Apoyo a la supervisión
Entorno CUIDADOR COMUNITARIO

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1030-2025 ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ.pdf (Archivado)	1030-2025 ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CC1032445162 ENERO.pdf	CC1032445162 ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 1030-2025.pdf	FEBRERO 1030-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CC 1.032.445.162 ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ.pdf (Archivado)	CC 1.032.445.162 ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1030 -2025 - MARZO.pdf	1030 -2025 - MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032445162	ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ	KR 87K 56 F 61SUR	7843779	gaby.torres0312@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85014716	$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032445162	ANGELICA NAYIBE TORRES PEREZ		KR 87K 56 F 61SUR	7843779	gaby.torres0312@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85014716	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032445162	TORRES PEREZ ANGELICA NAYIBE	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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