

					Versión		3					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018					
					Código:		04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				diana marcela cuellar martinez								
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		52935252			
CORREO ELECTRONICO:				dianacuellar45@gmail.com				CELULAR:		3208118972		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON				SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%									
		FO09K29	100									
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550488408427240				PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO			9082			VIGENCIA			2024			
NÚMERO DE CDP		1373	FECHA	2025-06-17 13:58:49.000		NÚMERO DE CRP		28766	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
					2025-05-15							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$512,337							
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:								\$28,115,627				
VALOR EJECUTADO								\$24,452,250				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$512,337				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$3,663,377				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								87%				
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		
86162438		\$1,595,056		\$199,382		\$255,209		3	\$38,856	\$493,447		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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												

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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	Dar cumplimiento a lo establecido a cuanto las actividades asignadas, bajo lineamientos	Desarrollo y ejecución de sesiones de la línea Bienestar en colegios en las Instituciones educativas
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	Asistir a las jornadas programadas de Salud pública que convoque la SDS y la Sub Red Sur Occidente	Cuando se requiera
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	Realizar las respectivas canalizaciones de los casos identificados durante el desarrollo de las actividades asignadas, así como la demanda inducida y educación y realizar seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos y acciones de interés en salud pública	Envío de información y bases
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	Prestar los servicios a la comunidad aplicando ejes de humanización aplicando guías y protocolos actualizados.	Cuando se requiera
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	Asistir a las diferentes reuniones, asistencias técnicas convocadas por la Sub red Sur Occidente así como las de SDS que sean convocadas	Formato de Acta, listado de asistencia
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Dar a conocer a la comunidad la información en cuanto a rutas de atención y servicios a los cuales puede participar como derecho a la salud	Formatos de sesiones y su respectiva evolución
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.	Entregar los soportes diligenciados durante el mes formatos de sesiones colectivas, Actas y Listados que se requieran.	Entrega de formatos de sesiones de la línea Bienestar en colegios en las Instituciones educativas
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control	Realizar los ajustes correspondientes enviados por parte de la líder de apoyo con su respectivo ajuste	Base de datos, Drive, informes cuando se requiera
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	Diligenciar cronograma enviado en los tiempos establecidos, así como los ajustes que se presenten y novedades durante el mes	Cronograma Mensual
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas	Retroalimentación de bases solicitadas y toda información requerida dentro de ella informes.	Bases, Drive, informes
. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio	Dar a conocer a tiempo las novedades que se presentan durante el desarrollo de las acciones con el fin de dar cumplimiento a las necesidades	Solicitud realizada al supervisor
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Realizar las acciones de manera que se pueda mantener la imagen de la institución adecuadamente	Cumplimiento de reglamento institucional
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	Mantener de manera adecuada presentación personal, y elementos que nos identifican como trabajadores de la institución.	Carnét institucional, chaqueta institucional y buen uso de material educativo
.Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Mantener en buen estado el material educativo proporcionado para el desarrollo de las acciones	Material Educativo, maletas entre otros
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Entrega de soportes dentro de los tiempos establecidos por gestión documental	Formatos de sesiones colectivas y demás soportes que se requieran
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	Participar de las jornadas ante eventos prioritarios detectados	Cuando se requiera

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52935252	DIANA MARCELA CUELLAR MARTINEZ		CR 94 A 6C-59 INT 7 AP 301	3134309848	dinacuellar@yahoo.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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	
2025-04	2025-04	I	27/05/2025	86162438	\$497.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	199.400	0		0		0	13	1.700	0	201.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	255.300	0	0	0	0	13	2.200	0	257.500	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	38.900				38.900	13	400	39.300			389	39.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	199.400	201.100
Pensión	1	255.300	257.500
Riesgos Laborales	1	38.900	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	493.600	497.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52935252	DIANA MARCELA CUELLAR MARTINEZ		CR 94 A 6C-59 INT 7 AP 301	3134309848	dinacuellar@yahoo.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	27/05/2025	86162438	\$497.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52935252	CUELLAR MARTINEZ DIANA MARCELA				57	0			N																230301	1.595.056	255.300	0	0		0	0	EPS008	1.595.056	199.400	14-11	1.595.056	3	38.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

**DIANA MARCELA CUELLAR MARTINEZ
C.C 52935252 DE BOGOTÁ**

La suma de QUINIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS MCTE (\$512.337), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERIA, durante el periodo de 15 a 31 de mayo de 2025, valores correspondientes a la indexación de los honorarios de los meses de enero a abril de 2025, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 4175 -2024 GSP-PSPIC, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9082-2024.

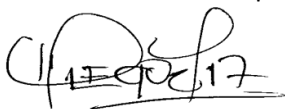
Los valores indexados para los meses anteriormente mencionados se encuentran discriminados así:

MES DE OPERACIÓN 2025	INDEXACION HONORARIOS REGULARES	INDEXACION HORAS ADICIONALES	TOTAL
ENERO 2025	\$127,032	\$0	\$127,032
FEBRERO 2025	\$128,435	\$0	\$128,435
MARZO 2025	\$128,435		\$128,435
ABRIL 2025	\$128,435		\$128,435
TOTAL			\$512,337



**DIANA MARCELA CUELLAR MARTINEZ
C.C 52935252 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488408427240**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente a la INDEXACION DE HONORARIOS de los meses de Enero a Abril de 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DIEGO CASTILLO
Apoyo a la supervisión
Referente entorno Educativo

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1

Información general

Cancelar

2

Condiciones

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3

Bienes y servicios

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

4

Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

5

Documentos del contrato

Plan de Pagos

6

Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

7

Ejecución del Contrato

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

8

Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9

Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DICIEMBRE.pdf	DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO.pdf	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO.pdf	MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div>		
<div><div>Cancelar</div><div><div><</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>></div></div></div>					