

					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:			Diel Amiler Ruiz Cardona					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79692021
CORREO ELECTRONICO:			dielruiz@gmail.com			CELULAR:		3152121764
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			550007501027606				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		8996			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1373	FECHA	2025-06-17 13:58:49.000		NÚMERO DE CRP	28604	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01			2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1,587,362			
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:					\$13,047,696			
VALOR EJECUTADO					\$11,061,868			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$1,587,362			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$1,985,828			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					85%			
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	
87436429	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. "	Se garantizó la planeación con calidad de los servicios ofertados en el plan operativo , concertación con articulación con espacios de bienestar y formular el plan de acción	Actas listados de asistencia, plan operativo, matriz de portafolio y cronograma, matriz de georeferenciación
"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-Subred Sur Occidente"	"Se realizaron las actividades asignadas bajo el cumplimiento de las políticas establecidas para la población diferencial"	"Actas y listados de asistencia "
"Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado"	Asistencia técnica distrital, reunión reucon comunitario, asistencia técnica con referentes de políticas	"Actas y listados de asistencia "
"Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá"	"Se participó en el fortalecimiento de capacidades programada por el referente de SDS para el equipo Centro de Escucha ""Para mas Bienestar"""	"Actas y listados de asistencia "
"Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS"	"Se cumplió con la inducción de la demanda y seguimiento de las actividades asignadas. "	Soporte de canalizaciones, formato A3
"Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaría. "	"Se desarrollaron las actividades asignadas en el presente mes y se realizó alistamiento de soportes para presentar auditoría por parte ESE como de la firma auditora y/o Secretaría de Salud"	Soportes con calidad y orden
Notificar todos los eventos de interés en salud pública	"Se realizaron canalizaciones a servicios asistenciales y activaciones de casos identificados para articulación PIC- POS a lo largo del mes"	Formato de canalización a servicios
"Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud"	"Se informó a los individuos , familias y colectivos sobre sus deberes y derechos"	Acta y listados de asistencia
"Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos"	"Se realizó entrega de información requerida por el líder de la estrategia : Actas y listados"	Acta y listados de asistencia
"Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorías del referente del componente asignado."	"Se realiza entrega de informes requeridos por el líder de la estrategia."	Entrega de soporte según direccionamiento
" 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, inconsistencia en soportes, entre otras)"	"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 a fin de evitar glosas"	Entrega de soportes con calidad y orden
"Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes. "	"Se realizó identificación y Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación"	Entrega de soportes con calidad y orden
"Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS"	"Se participó en las asistencias técnicas programadas por el referente de la política pública y con referente técnico de la SDS"	Actas y listados de asistencia
"Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes"	"Se dio respuesta de manera oportuna a los informes requeridos por parte de la Subred, SDS"	Envío de informe con calidad
"Fortalecer las capacidades a profesionales de la salud en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas"	"Participar en el proceso de actualización y capacitación con el referente de la política pública y con la referente técnica de la SDS "	Actas 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

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

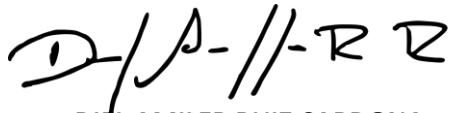
E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIEL AMILER RUIZ CARDONA

C.C 79692021 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de (\$1.587.362) UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MCTE, por concepto de: Servicios de prestación como GESTOR COMUNITARIO durante el periodo de 1 al 30 de junio 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8996-2024.



DIEL AMILER RUIZ CARDONA

C.C. 79692021 DE

BOGOTÁ CEL.

3152121764

CUENTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A

550007501027606

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 1 al 30 de junio de 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



María Cristina Triviño
Díaz Apoyo a la
supervisión Entorno
Comunitario

Se adjunta constancia de registro SECOP II ejecución contractual hasta mayo 31 2025



República
de Colombia
 Autoridad Nacional
de Contratación Pública
 Contratación por Encargo

[Aumentar el contraste](#)


UTC -5 21:59:08
 DIEL AMILER RUIZ...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

Documentos del Proveedor

5

Documentos del contrato

6

Información presupuestal

7

Ejecución del contrato

8

Modificaciones del Contrato

9

Incumplimientos

✓

Datos guardados

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?
 ☐ Si
 ☒ No

Identificación 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 12.2024 EJECUCION DIC 2024 CONTRATO 8996.pdf	12.2024 EJECUCION DIC 2024 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 01.2025 EJECUCION ENERO 2025 CONTRATO 8996.pdf	01.2025 EJECUCION ENERO 2025 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 02.2025 EJECUCION FEBRERO 2025 CONTRATO 8996.pdf	02.2025 EJECUCION FEBRERO 2025 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 03.2025 EJECUCION MARZO 2025 CONTRATO 8996.pdf	03.2025 EJECUCION MARZO 2025 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 04.2025 EJECUCION ABRIL 2025 CONTRATO 8996.pdf	04.2025 EJECUCION ABRIL 2025 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 05.2025 EJECUCION MAYO 2025 CONTRATO 8996.pdf	05.2025 EJECUCION MAYO 2025 CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 05.2025 EJECUCION MAYO 2025 INDEX CONTRATO 8996.pdf	05.2025 EJECUCION MAYO 2025 INDEX CONTRATO 8996.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Borrar

Cargar nuevo

© VORTAL 2019

[Términos de uso](#)
[Normativa](#)
[Soporte remoto](#)
[Ayuda](#)

Español (Colombia)

018000-52-0808
 www.colombiacompra.gov.co/soporte
 Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79692021	DIEL AMILER RUIZ CARDONA		CALLE 35 A SUR No. 78D 41 BLQ 12 APTO. 104	7964279	dielruiz@gmail.com
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	17/06/2025	87436429	\$452.500
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	11	1.300	0	179.300	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	11	1.700	0	229.500	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	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF21	Cafam				860013570-3	8.600	11
						100	8.700
							1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	179.300
Pensión	1	227.800	229.500
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	1	8.600	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	452.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79692021	DIEL AMILER RUIZ CARDONA		CALLE 35 A SUR No. 78D 41 BLQ 12 APTO. 104	7964279	dielruiz@gmail.com
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
2025-05	2025-05	I	17/06/2025	87436429	10
					TOTAL A PAGAR
					\$452.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	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	79692021	RUIZ CARDONA DIEL AMILER	59	0			N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA