

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                     |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                     | Laura Cecilia Tellez Roncancio       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                     | C.C                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1018510438 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                     | laura_ceci@outlook.com               |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3132942655 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                     |                                      |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                     | PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                   |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K31           | 100                                 |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.              |                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                     | 24080075455                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 9361                                |                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1373              | FECHA                               | 2025-06-17 13:58:49.000              | NÚMERO DE CRP       | 28986                            | FECHA         | 2025-06-25 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN INGENIERIA BIOMEDICA |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                     | DESDE                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      | 2025-05-15          |                                  |               | 2025-05-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                     |                                      | \$516,550           |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                                     |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                     |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                     |                                      |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                     |                                      |                     |                                  | \$23,988,420  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      |                     |                                  | \$23,988,420  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                     |                                      |                     |                                  | \$516,550     |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                     |                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                     |                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                     |                                      |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC           | APOORTE PENSION 16% IBC              | NIVEL ARL           | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 86524122                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,599,228       | \$199,904                           | \$255,876                            | 3                   | \$38,957                         | \$494,737     |                                                                                     |            |
| 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<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. | Cumplir con funciones de profesional                | Cumplir con funciones de profesional                |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Disponibilidad para jornadas programadas por la SDS | Disponibilidad para jornadas programadas por la SDS |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Desarrollo de actividades propuestas                | Desarrollo de actividades propuestas                |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Prestar servicios según guías                       | Prestar servicios según guías                       |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Participación de reuniones                          | Participación de reuniones                          |
| 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fortalecimiento de participación en el derecho      | Fortalecimiento de participación en el derecho      |
| 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.                                                                                                                                                        | Realizar visitas de inspección vigilancia y control | Realizar visitas de inspección vigilancia y control |
| 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por antes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Realizar preauditorías                              | preauditorías                                       |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar informe mensual                            | informe mensual                                     |
| 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Atención a solicitudes                              | actas de atención a solicitudes                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Informar del cumplimiento de la meta                | cumplimiento de meta                                |
| 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se cumplen y se mantienen                           | Se cumplen y se mantienen                           |
| 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 portan y se utilizan                             | Se portan y se utilizan                             |
| 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se cuidan y se mantienen                            | Se cuidan y se mantienen                            |
| 15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cumplir con la normativa                            | Se cumple con la normativa                          |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Participación activa en atención a alertas          | Participación activa en atención a alertas          |

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

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

**NIT 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO**

**C.C 1018510438 DE BOGOTA**

La suma de \$516.550- quinientos dieciséis mil quinientos cincuenta pesos (\$516.550), por concepto de servicios como profesional ingeniera biomédica, durante el periodo de 15 al 31 de mayo, 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 9361-2024.

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            | \$ 129.138                      |                              | \$ 129.138 |
| FEBRERO 2025          | \$ 129.138                      |                              | \$ 129.138 |
| MARZO 2025            | \$ 129.138                      |                              | \$ 129.138 |
| ABRIL 2025            | \$ 129.138                      |                              | \$ 129.138 |
| TOTAL                 | \$ 516.550                      |                              | \$ 516.550 |



**LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO**  
**CC 1018510438**  
**CUENTA DE AHORROS 24080075455**  
**Banco Caja Social**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente a la indexación de los 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.



**DANIEL CASTILLO CAICEDO**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental**

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción      | Nombre del archivo | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|------------------|--------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | enero 2025.pdf   | enero 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ENERO_2025.pdf   | ENERO_2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 2025.pdf | FEBRERO 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 2025.pdf   | MARZO 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | abril 2025.pdf   | abril 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                         |                    |                        |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1018510438        | LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO |        | Diagonal 83Bis # 81A-09 | 6015481129         | laura_ceci@outlook.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO            | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.            | BOGOTÁ, D.C.       |                        |

| 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             | 12/05/2025               | 86524122        | \$494.900     |     |

## 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 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 200.000       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 255.900       | 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 200.000                             | 200.000       |
| Pensión                | 1                              | 255.900                             | 255.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 494.900                             | 494.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1018510438        | LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO |        | Diagonal 83Bis # 81A-09 | 6015481129         | laura_ceci@outlook.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           |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86524122        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$494.900     |

| 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 | SIL | IOE | IOA | IOB     | VAC | 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   | 1018510438            | TELLEZ RONCANCIO LAURA CECILIA | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |          | 25-14    | 1.599.228 | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.599.228 | 200.000                | 14-11    | 1.599.228    | 3               | 39.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 271826705



PIB

17:37:35

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018510438:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

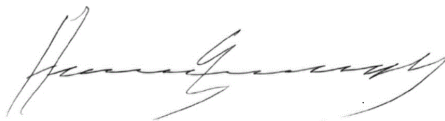
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de mayo de 2025, a las 17:40:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1018510438             |
| Código de Verificación | 1018510438250519174000 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**  
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO**, quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1018510438** de BOGOTÁ D.C.

(MIL DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO)

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

- \* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).
- \* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.
- \* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.
- \* Certificado expedido sin costo alguno.

**VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:49:45 PM horas del 19/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1018510438**

Apellidos y Nombres: **TELLEZ RONCANCIO LAURA CECILIA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/05/2025 06:51:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1018510438** y Nombre: **LAURA CECILIA TELLEZ RONCANCIO.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **116183979** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**