

					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:			Alba Carolina Raigoso Mosquera					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52782308
CORREO ELECTRONICO:			caro02-07-81@hotmail.com			CELULAR:		5551347
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K33-6	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7300687907				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		8864			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000		NÚMERO DE CRP	33467	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01			2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,539,843			
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:						\$20,210,122		
VALOR EJECUTADO						\$20,210,122		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,539,843		
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	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
4608356092	\$1,015,937	\$126,992		\$162,550	3	\$24,748	\$314,290	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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. 2	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato	e cumplio con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	se realiza participacion en las jornadas realizadas por parte del equipo pai	e cumplio con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
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.	se realiza participacion en las jornadas realizadas por parte del equipo pai	se realiza cumplimiento a las jornadas naciones o concentraciones requeridas en el momento
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes.	se direccionan a los centros de salud mas cercanos para la aplicacion de vacunas o se les asigna seguimiento para q los menores sean vacunados en casa	se realiza seguimiento a cohorte a menores de 5 años atrasados en su esquema de vacunacion
. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	SE asiste a reuniones programadas por el pic o SDS para actualizacion de vacunas y enfermedades prevenibles por vacunacion	firma de acta de aistencia
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SE ASISTE A REUNIONES MENSUALES PARA VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE META DE VACUNACION	FIRMA DE ACTA DE ASISTENCIA
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	REALIZA R JORNADAS DE VACUNACION CON APOYO DE LOS DEMAS PROGRAMAS DEL PIC	SE REALIZO JORNADAS DE VACUNACION EN DONDE EL EQUIPO PIC LO SOLICITE
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control	se realiza correcciones a los sis casas a casa kardex teniendo en cuenta la directris enviada por los jefes	se realiza entrega de productos con calidad de acuerdo a lo establecido por los jefes inmediatos
. 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.	se realiza entrega oportuna de los sis informes de los jardines cas a casa para poderlos montar al aplicativo	se entrega con calidad y veracidad los productos solicitados
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas	dar cumplimiento al cronograma enviado por los jefes de localidad	dar cumplimiento al cronograma enviado por los jefes de localidad
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio	asistir a las jornadas de vacunacion indicadas por el jefe inmediato	se dio cumplimiento a las asignaciones q envia el jefe inmediato
. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	informar al jefe inmediato si por alguna razon no se logra cumplir con las jornadas especificas de ese dia	no aplica para este mes
. 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 el uniforme y elementos de trabajo en adecuadas condiciones	se realiza actividades con implementos de trabajo al día
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	mantener el uniforme y elementos de trabajo en adecuadas condiciones	se realiza actividades con implementos de trabajo al día
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	dar buen uso de los elementos de vacunacion a signados para las labores diarias	Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria. En el mes se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera	Se tuvo atento a la verificación de brotes y reportes para realizar vacunación en los casos necesarios	Estar atento a los llamados de eventos de salud pública con brotes de enfermedades prevenibles por vacunación

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

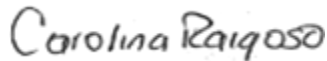
DEBE A:

ALBA CAROLINA RAIGOSO

MOSQUERA C.C 52782308

DE BOGOTA

La suma de Dos millones quinientos treinta y nueve mil ochocientos cuarenta y tres pesos m/c, \$ 2.539.843 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 01 al 31 de julio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8864-2024



ALBA CAROLINA RAIGOSO

MOSQUERA C.C 52782308

DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7 3 0 0 6 8 7 9 0 7

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 al 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO

Apoyo a la supervisión

Programa Ampliado de Inmunizaciones



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ALBA CAROLINA RAIGOSO MOSQUERA
Identificación:	52782308
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	caro02-07-81@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	29/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Última Actualización: 15-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALBA CAROLINA RAIGOSO MOSQUERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52782308 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección kr 119 23 b 18

Teléfonos 3008329891 6012987498

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JEREMY SEBASTIAN MARTINEZ RAIGOSO	1016105037	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 29.306.043,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

Medellín, 21 de agosto de 2025

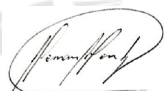
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ALBA CAROLINA RAIGOSO MOSQUERA identificado(a) con C52782308 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C527823082523336180

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52782308
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALBA CAROLINA RAIGOSO MOSQUERA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE23B 118 B 56	TELÉFONO: 3008329
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4608356092	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993285993

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 228.700
SUBTOTAL:			1	\$ 228.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 178.700
SUBTOTAL:			1	\$ 178.700
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 28.700
SUBTOTAL:			1	\$ 28.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 34.900
SUBTOTAL:			1	\$ 34.900

VALOR SIN MORA:	\$ 469.000
VALOR MORA:	\$ 2.000
TOTAL PAGADO:	\$ 471.000