| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Maik Paola Acero Maldonado | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52987995 | |
| CORREO ELECTRONICO: | omaet.fer11@gmail.com | | | | CELULAR: | 3144481728 | |
| 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: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 46700001714 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3796 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1606 | FECHA | 2025-08-11 09:03:02.000 | NÚMERO DE CRP | 33994 | FECHA | 2025-08-15 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 | Asistencial | | 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: | $6,084,888 |
| VALOR EJECUTADO | $3,502,551 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,587,362 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,582,337 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 58% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8823327294 | $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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 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 planeacion con calidad de los servicios ofertados en el plan operativo , concertación con articulación con espacios de bienestar y formular el plan de accion | Actas listados de asistencia, plan operativo, matriz de portafolio y cronograma, matriz de georefereciacion |
| 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 | bajo el cumplimiento de las politicas establecidas para la poblacion 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 tecnica distrital, reunion reuci | 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 tecnica distrital, reunion reucion comunitario, asistencia tencica con referentes de politicas | 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 participo 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 | enviar canalizaciones |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | Se desarrollaron las actividades asignadas en el presente mes y se realizo alistamineto de soportes para presentar auditoria por parte ESE como de la firma auditora y/o Secretaria de Salud | soportes con calidad |
| 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 | format de canalizaciones |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud | Se informo a los individuos , familias y colectivos sobre sus deberes y derechos | Actas y listados de asistencia |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos | Se realizo entrega de información requerida por el líder de la estrategia : Actas y listados | Actas y listados de asistencia |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | Se realiza entrega de informes requeridos por el líder de la estrategia | entrega de soporte segun direcionamiento |
| 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 |
| 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 realizo identificación y Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación | Actas y listados de asistencia |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS | Se participo en las asistencias técnicas programadas por el referente de la política pública y con referente técnico de la SDS | entrega de soportes |
| 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 | Actas y listados de asistencia |
| Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid 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 |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

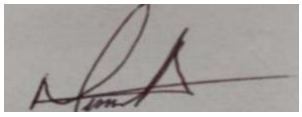
**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MAIK PAOLA ACERO MALDONADO**
**C.C 52987995 DE BOGOTA**

La suma de (un millón quinientos ochenta y siete mil trecientos sesenta y dos pesos) (1.587.362), por concepto de servicios como (gestor comunitario en el entorno comunitario, durante el periodo de 1 a 30 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3796-2025



**MAIK PAOLA ACERO MALDONADO**

**C.C 52987995 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCOLOMBIA NUMERO 46700001714**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes junio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.
**MARIA CRIsSTINA TRIVIÑO**



**Apoyo a la supervisión**
**Entorno comunitario**

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-ago-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** YEIMY PAOLA MARTÍNEZ MALDONADO

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52987995 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CL 22 B BIS 89 A 38 **Teléfonos** 3144481728 7259643

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| LUZ MARINA MALDONADO JULIO | 39645141 | Madre |

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 | $ 18.000.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 18.000.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Cuenta de ahorros | 46700001714 | FONTIBON | $ 150.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | YEIMY PAOLA MARTÍNEZ MALDONADO |
| Identificación: | 52987995 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | |
| Correo: | omaet.fer11@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante el ejercicio del cargo |
| Fecha Declaración: | 08/08/25 |

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.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YEIMY PAOLA MARTINEZ MALDONADO** identificado con **CC** No. **52987995**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA DANE - NI. 899999027 | **Fecha de inicio de cobertura:** 20/04/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 20/04/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/08/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022254720.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de julio 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-01, 04:11:38 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1074466177

Periodo Cotización: mayo de 2025 | Periodo Servicio: mayo de 2025 | Referencia pago 8823327294

**PAGADA 29/07/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | MAIK PAOLA ACERO MALDONADO | | |
| Documento | CC52987995 | Dirección | CL 22B #89 A - 38 CAPELLANIA FONTIBON |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3144481728 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52987995 | MAIK PAOLA ACERO MALDONADO | 59 | 0 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $1,423,500 | $227,800 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $1,423,500 | $178,000 | 0.522 | $1,423,500 | $7,500 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $1,423,500 | $28,500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $441,800 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,423,500 | $1,423,500 | $1,423,500 | $1,423,500 | $227,800 | $178,000 | $7,500 | $28,500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $441,800 | $9,600 | $451,400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner