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:	yanina rodriguez maestre						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1065630428	
CORREO ELECTRONICO:	yaninarodriguez066@gmail.com				CELULAR:	3172183461	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K30	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120894585				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	10244			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000	NÚMERO DE CRP	33933	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-06-15		2025-06-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$724,668		
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:	$30,510,160
VALOR EJECUTADO	$21,869,710
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$724,668
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,640,450
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%

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
9486310002	$1,650,883	$206,360	$264,141	3	$40,216	$510,717

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 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	se cumple con las actividades designadas conforme a lo establecido en los lineamientos	actas y sesiones colectivas
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	Se da cumplimiento con las acciones propuestas desde Lineamientos de Secretaria Distrital de Salud y La sub Red Sur Occidente para la estrategia SPAcios para mas bienestar atreves de los cronogramas programados	formatos de sesiones colectivas y registro fotográfico
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 proceso de educacion a la poblacion humanizada realizando respectiva notificacines de alerta a la poblacion identificada	actas y listado de asistencia
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	se realiza atencion de manera humanizada teniendo en cuenta los protocolos de la seguridad del paciente.	actas y listado de asistencia
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 participa se participa en reunion via Meet por parte del equipo que brinda formacion en el mes presente y se participa en reunion del entorno	Acta y listado de asistencia correos electronicos
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	se realiza concertaciones y recorridos de la localidad de bosa fontibon kennedy y puente aranda.	listado de asistecia y actas
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	se realiza entrega de informes requeridos por los profesionales de apoyo y secretaria distrital de salud	actas fichas y listados de asisatencia
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control	Se realiza proceso de preauditoria con el profesional de apoyo a fin de mes	actas fichas y listados de asisatencia
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 diligenciamineto de conograma el cual se envia a profesional de apoyo Spacios de bienestar	Drive distrital y drive de espacios de bienestar
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	se da respuesta a las solicitudes solicitadas por las profesionales de apoyo del producto	acta listado correos electronicos informacin via whatsapp
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	se informa oportunamente eventualidades que se generan con respecto a la operacin dl producto	acta listado correos inf whatsapp
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	se matiene adecuadamente la imagen institucional a traves de el buen uso de elementos como carnet, chaqueta, gorra	evidencias fotograficas
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 porta con los elementos de identificacion institucional de manera permanente y adecuado y se da buen uso a los insumos para el desarrollo de las actividades	evidencias fotograficas
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	se da buen uso de los equipos y elementos asignados en el contrato	evidencias fotograficas
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	se realiza diligenciamiento de documentacion para entrega de soportes requeridos	acta listado de asistencia
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 identifican usuarios con consumo alto de SPA y se realiza respectiva notificacion	Correos electronicos actas y listados de asistencia

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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:

YANINA CECILIA RODRIGUEZ MAESTRE

C.C 1065.630.428

La suma de (SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE.) ($724.668) por concepto de servicios como GESTOR COMUNITARIO en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 15 al 30 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 10244-2024.



YANINA CECILIA RODRIGUEZ MAESTRE

C.C 1065.630.428

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24120894585

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente a adicionales de 15 al 30 de junio 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Firma digital



MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
Apoyo a la supervisión
Entorno CUIDADOR 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: 19-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YANINA CECILIA RODRIGUEZ MAESTRE

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1065630428 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 10 B 81 F 70 **Teléfonos** 3172183461 5851256

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARMEN CECILIA MAESTRE CARRILLO	42487546	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:

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	YANINA CECILIA RODRIGUEZ MAESTRE
Identificación:	1065630428
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	yaninarodriguez066@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/07/25

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.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

CER_AFI_20250000134O6

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Empresa Contratante 723 - subred sur occidente		
Tipo de documento de identificación	NIT	**número de documento de identificación**	9009590484
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1065630428	**Estado de afiliación**	Activa
Fecha última cobertura	20/07/2025	**Nombres y apellidos**	YANINA CECILIA RODRIGUEZ MAESTRE
Fecha inicio contrato	19/07/2025	**Fecha de retiro**	Sin retiro
Fecha fin contrato	31/08/2025	**Tipo de vinculación**	Trabajador Independiente
Clase de riesgo	3		

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de julio del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24072025Y1065630428R22913.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065630428		RODRIGUEZ MAESTRE YANINA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 b 81f 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3172183461	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1515421590	9486310002	I	2025/06/09	2025/05/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$494,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1065630428	RODRIGUEZ MAESTRE YANINA CECILIA																		230301	30	$1,599,228	$255,900	EPS002	30	$1,599,228	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,599,228	$39,000	0	$0	$0	No	$494,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$0	$0			$1,599,228	$39,000		$0	$0		$494,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065630428		RODRIGUEZ MAESTRE YANINA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 b 81f 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3172183461	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1515421590	9486310002	I	2025/06/09	2025/05/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$494,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$494,900**	**$0**	**$0**	**$494,900**

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065630428		RODRIGUEZ MAESTRE YANINA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 b 81f 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3172183461	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1575300513	9487685830	N	2025/06/09	2025/06/24	BANCO CAJA SOCIAL	15	$69,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,600	$400	$0	$36,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$35,600	$400	$0	$36,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,400	$100	$0	$5,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,400	$100	$0	$5,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,700	$300	$0	$28,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$27,700	$300	$0	$28,000
TOTAL				1	$68,700	$800	$0	$69,500