

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1030537427	
CORREO ELECTRONICO:			e1987rika@hotmail.com			CELULAR:		3108132913	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR LABORAL - FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K28	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4870419191				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		9194			VIGENCIA			2024	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000		NÚMERO DE CRP	33582	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2025-07-01			2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,698,563					
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:						\$23,645,321			
VALOR EJECUTADO						\$23,645,321			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,698,563			
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		
9487966520	\$1,226,086	\$153,261		\$196,174	3	\$29,867	\$379,302		
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.	Se realizan las actividades programadas de forma oportuna y con calidad teniendo en cuenta los parametros establecidos por SDS y la SUB RED. ,Caracterizacion utis altas 6 , Caracterizacion 26 utis medias , caracterizacion niños 3 , primera asesoria 23,segunda asesoria 19 , monitoreo 1.	Formatos de caracterizacion de utis-niños-adolescentes, adecuadamente diligenciados
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	Demanda inducida a las jornadas programadas	Formato de colectivo
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.	Seguimiento a trabajadores	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	Realizar actividades con base a los ejes de humanizacion y garantizando el cumplimiento de protocolos institucionales como dar a conocer a los usuarios la importancia de seguridad del paciente.	Información registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	asistencia tecnica SDS, reunion de equipo	Acta y listado de asistencia
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Participar en las diferentes jornadas programadas.	Acta y listado de asistencia
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.	Entrega de formatos solicitados por el entorno laboral	"Entrega de soportes de UTI- NNA "
Alistar los soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	Alistamiento de formatos del periodo a auditar de acuerdo a solicitud del entorno	"Entrega de soportes de UTI- NNA "
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.	Diligenciar cronograma de actividades del mes en los tiempos establecidos.	Formato cronograma de actividades
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	Responder a las solicitudes del entorno.	Formatos, Acta y listado de asistencia
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 de forma oportuna las eventualidades que se den para el cumplimiento de objetivos.	Plan Operativo mensual, reporte
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Realizar acciones bajo los principios eticos y utilizar el carnet institucional e insumos de forma acorde.	contar con insumos actividades diarias
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	Uso de carnet institucional e insumos necesarios para la ejecucion de las acciones	contar con insumos actividades diarias en terreno
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Aplicación del codigo del buen gobierno	Aplicación en los diferentes procesos que se ejecutan en el entorno
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Entrega oportuna de soportes y asistencia a jornada de gestion documental	Acta y listado de asistencia, organización de carpetas conteo y marcación por orden cronológico.
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	Participar en las diferentes jornadas programadas o eventos que se den en salud publica y notifiquen al entorno.	Acta y listado de asistencia

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

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

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL
C.C 1030537427 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y TRES pesos M/TE, (2.698.563), por concepto de servicios como Tecnólogo en salud ocupacional en el entorno Laboral, durante el periodo del 1 al 31 de julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9194-2024.



ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL
C.C 1030537427 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 4870419191

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 01 al 31 de julio 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



MARIBEL CORTES SUAREZ
Apoyo a la supervisión Entorno Laboral

 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	FORMULARIO ÚNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA Persona Natural (LEY 190 DE 1995)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;"> ENTIDAD RECEPTORA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. </div> Última Actualización: 11-jul-2025
--	--	--

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL
 IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1030537427 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
 Dirección cra 68a No 33-49 sur Teléfonos 3187184531 3187184531

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
isabella marin perdomo	1025557796	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:

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL
Identificación:	1030537427
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	e1987rika@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	11/07/25

Medellín, 21 de julio 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 ERIKA MARCELA PERDOMO BERNAL identificado(a) con C1030537427 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: C10305374272520256463

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.19

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030537427		PERDOMO BERNAL ERIKA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 68A NO. 33 - 49 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1618656101		9487966520	I	2025/07/07	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA	\$470,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1030537427	PERDOMO ERIKA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF22	30	\$1,423,500	\$28,500	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030537427		PERDOMO BERNAL ERIKA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 68A NO. 33 - 49 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1618656101	9487966520	I	2025/07/07	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA	\$470,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$100	\$0	\$28,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$100	\$0	\$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400
TOTAL				1	\$469,000	\$1,100	\$0	\$470,100