| 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: | YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1076331546 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | YULIMA15@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3102607845 | | | |
| 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: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 446169443 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4701 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1606 | FECHA | 2025-08-11 09:03:02.000 | NÚMERO DE CRP | 33167 | 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: | $3,036,769 |
| VALOR EJECUTADO | $3,036,769 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,539,843 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8637180058 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

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 da cumplimiento según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato con criterios de veracidad con calidad | Se cumplió 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 las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes. | Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunaciones las diferentes tácticas programadas |
| 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. | Notificar casos de interés en salud pública a el jefe inmediato para su pronta respuesta | no aplica |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes. | Dar cumplimiento a las jornadas programadas por los diferentes entornos de la Sub-Red sur Occidente, seguimiento a la cohorte | Soporte de SIS 150 de niño y adulto, drive de seguimiento y cohorte aplicativo |
| 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 en el mes como Comité extramural, conversatorios | Se asistió a las reuniones según programación, se realiza pretest y pos-test, soporte en listados de asistencia |
| Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se brinda a la comunidad información en la jornada asignada por el jefe inmediato respecto a la seguridad en salud, derechos y deberes | Entrega de consentimientos informados, con información en el SIS 150 después de cada jornada realizada |
| 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. | Al iniciar la actividad se hace verificación de los formatos a diligenciar según la necesidad para realizar la actividad que está programada, se realiza la respectiva verificación de bases de datos brindad por SDS se hace la solicitud al jefe inmediato | Al terminar la actividad se entrega sis 150 niño y adulto totalmente diligenciado, sin espacios en blanco, sin tachones, se entrega Kardex de Biológico, retroalimentación de las bases trabajadas en el día |
| Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud, | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa. |
| 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 | Al iniciar la actividad se hace verificación de los formatos a diligenciar según la necesidad para realizar la actividad que está programada se hace la solicitud al jefe inmediato | Al terminar la actividad se entrega SIS 150 niño y adulto totalmente diligenciado, sin espacios en blanco, sin tachones, se entrega Kardex de Biológico |
| Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. | Se realiza las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI, registro en SIS 150, seguimiento a la cohorte | Entrega de productos mensuales con calidad |
| 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 realiza la notificación al jefe inmediato de cualquier eventualidad para evitar el incumplimiento de la actividad asignada | Reporte al jefe inmediato, correo electrónico de la notificación |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud, | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa. |
| 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 | Portar de manera adecuada la chaqueta y carné institucional en todas las actividades asignadas | Portar chaqueta y carné institucional |
| Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Dar manejo adecuado a los equipos biomédicos entregados por el jefe inmediato para realizar la actividad asignada | Buen uso de elementos como loncheras, cajas térmicas, neveras, congeladores y termos entregados para la jornada |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Verificar calidad del dato en soportes físicos y magnéticos después de realizar actividad programada por el jefe inmediato | se entregan SIS 150 de niño y adulto sin tachones, enmendaduras con letra clara y legible, Kardex de recepción y entrega de Biológico |
| 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 | Estar disponible según la disponibilidad del servicio | Se hace de acuerdo con el requerimiento |

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

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA**

**C.C 1076331546 DE CHOCO**

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 4701-2025

Yuli mosquero

**YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA**
**C.C 1076331546 DE CHOCO**

**CUENTA DE AHORROS BBVA**

**NUMERO 0446169443**

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

Maira Afonsecas.

**MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO**
**Apoyo a la supervisión**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

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: 20-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1076331546 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** CL 2 93d 38 **Teléfonos** 3102607845 3936596

---

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA |
| Identificación: | 1076331546 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | yulima15@hotmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 20/07/25 |

ARL

Medellin, 21 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA** con documento de identidad **C1076331546**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-06-26 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | MORA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razón Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad - Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1076331546 | 0 | YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA | Independientes | 0 | CR 92 38 12 | BOGOTA - BOGOTA D.C | 3102607845 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| Periodo | | Pago | | Tipo | Fecha | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pin | Planilla | Planilla | Límite | Pago |
| 2025-06 | 2025-06 | 8675493606 | 8637180058 | I | 2025/07/10 | 2025/07/21 |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | Modalidad de salario | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Código | Días | IBC | Aporte | Cot Vol Afi | Cot Vol Aport | Total Cot Pensión | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes | Actividad Económica |
| **SUCURSAL: 0 (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1.423.500 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | | | $1.423.500 | $178.000 | | | $0 | $0 | | | $1.423.500 | $34.700 | | $0 | $0 | | $440.500 | |
| **Centro de Trabajo: 900971006 SURA NR III (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1.423.500 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | | | $1.423.500 | $178.000 | | | $0 | $0 | | | $1.423.500 | $34.700 | | $0 | $0 | | $440.500 | |
| **Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1.423.500 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | | | $1.423.500 | $178.000 | | | $0 | $0 | | | $1.423.500 | $34.700 | | $0 | $0 | | $440.500 | |
| 1 | CC | 1076331546 | MOSQUERA MOSQUERA YULI MARCELA | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 230301 | 30 | $1.423.500 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | EPS037 | 30 | $1.423.500 | $178.000 | SINCCF | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1.423.500 | $34.700 | 0 | $0 | $0 | No | $440.500 | 3861001 |
| Total Afiliados (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1.423.500 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | | | $1.423.500 | $178.000 | | | $0 | $0 | | | $1.423.500 | $34.700 | | $0 | $0 | | $440.500 | |

PAGADO

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA**

**C.C 1076331546 DE CHOCO**

La suma de cuatrocientos noventa y seis mil novecientos veinte seis pesos m/c, $ 496.926 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 25 al 30 de junio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4701-2025

Yuli mosquero

**YULI MARCELA MOSQUERA MOSQUERA**
**C.C 1076331546 DE CHOCO**

**CUENTA DE AHORROS BBVA**

**NUMERO 0446169443**

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

Maira Afonsecas.

**MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO**
**Apoyo a la supervisión**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**