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 |
| Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Linna Marcela Sagra Nieto | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023866604 | |
| CORREO ELECTRONICO: | cafesolmaizlinna.ls@gmail.com | | | | CELULAR: | 6014933995 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO ITAU CORPBANCA COLOMBIA SA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 727021512 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 9879 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1608 | FECHA | 2025-08-11 09:13:36.000 | NÚMERO DE CRP | 34055 | FECHA | 2025-08-15 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: | | | $2,608,906 | | | | |
| 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: | $19,559,629 |
| VALOR EJECUTADO | $19,532,573 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,608,906 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $27,056 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Planilla 79143229 | $1,148,471 | $143,559 | $183,755 | 3 | $27,977 | $355,291 |

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 gestor étnico, 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 los equipos extramurales, 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 | Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondiente |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendacione | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programada |
| 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 | Apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda | Formato de activación de ruta digital.Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes | Acciones en abordaje territorial y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en fisico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad | Formato de caracterizacion y tamizaje Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos |
| "Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. " | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesion | N/A |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Dar incumplimiento de esta obligación impulsando los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), 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, apoyo a la supervisión 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 | Cumplir con los tiempos de entrega de los productos, bases de datos cargue de informacion en el aplicativo de la Subred o de la SDS, realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control | Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos | Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes fisicos y digitales establecidos por la SDS |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas | Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales,por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuale | Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio | Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas | N/A |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento | Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contacto | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programada |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Acciones en abordaje territorial identificacion de necesidades,problematicas en salud | Formato de caracterizacion y tamizajes,según parametros de SDS |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria | Formato de caracterizacion y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Envio de canalizaciones digitales.<br>Diligenciamiento de bases de datos |

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:**
**LINA MARCELA SAGRA NIETO**

**C.C 1.023.866.604 DE BOGOTA**

La suma DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS SEIS PESOS M/CTE ($ 2.608.906), por concepto de servicios como Auxiliar de Enfermería, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9879-2024



---

**LINA MARCELA SAGRA NIETO**

**C.C. 1.023.866.604 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO ITAU**

**NUMERO 727021512**

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

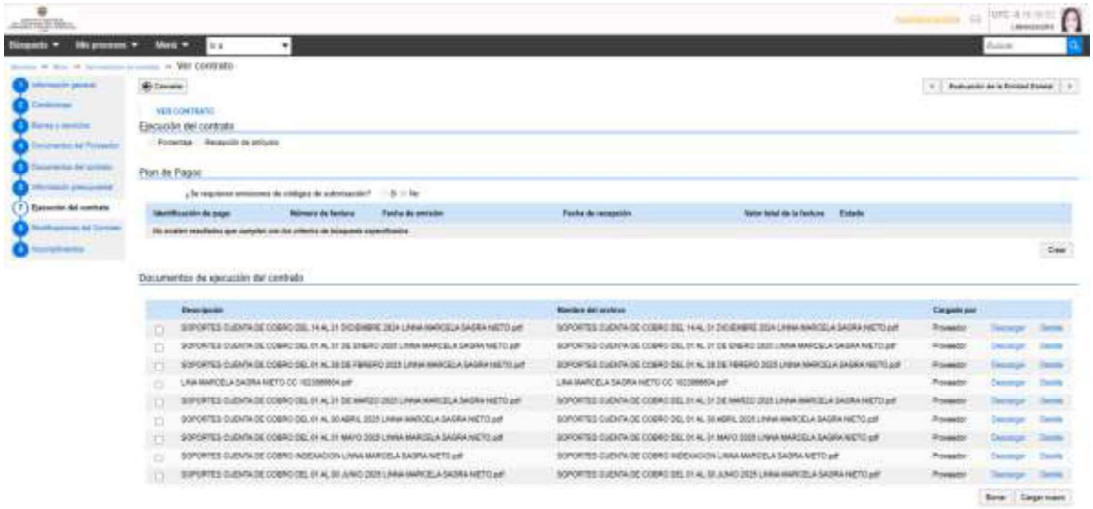


_____

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**
**Equipos Básicos extramurales**

**LINA MARCELA SAGRA NIETO CC 1.023.866.604 DE BOGOTA**

**SECOP II**



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: 06-jul-2025

# 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** LINNA MARCELA SAGRA NIETO
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1023866604 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
**Dirección** KR 68 D 40 53 **Teléfonos** 3103161365 4933996

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Alfredo Alberto Sagra Mantilla | 13847667 | Padre |
| Maria Consuelo Nieto Sánchez | 51578738 | Madre |
| Maria Kamila Montoya Sagra | 1016740683 | 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 | $ 29.345.301,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 29.345.301,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| Banco ITAU Corpbanca | Cuenta de ahorros | 727021512 | Hospital san jose | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | LINNA MARCELA SAGRA NIETO |
| Identificación: | 1023866604 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | cafesolmaizlinna.ls@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 06/07/25 |

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:

Documento electrónico: 7d9dc437eee0a1056f4b68e4171de0784288f8289c4a4deb4caac2a4738c95cf

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

ARL

sura

Medellin, 23 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LINNA MARCELA SAGRA NIETO** con documento de identidad **C1023866604**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-21, 05:49:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 79143229

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

## PAGADO 11/07/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LINNA MARCELA SAGRA NIETO | | |
| **Documento** | CC1023866604 | **Dirección** | CR 68D #40 - 53 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4933995 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del 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 APP | Días EPS | Días ARP | 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 1023866604 | LINNA MARCELA SAGRA NIETO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.423.500 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 |

### 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 | $ 34.700 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 | $ 2.700 | $ 471.700 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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