DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 6/2025
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOSDESALUD
SUROCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

ELISA ISABEL NIÑO LADINO
C.C 52315099 DE BOGOTA

La suma de UN MILLON NOVECIENTOS VENTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE) $1.925.844 por prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 1 al 31 de julio 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 955-2025.



ELISA ISABEL NIÑO LADINO
C.C 52315099 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS
BANCOLOMBIA NÚMERO:91233546114

Medellín, 28 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 ELISA ISABEL NIÑO LADINO identificado(a) con C52315099 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:C523150992520942434

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ELISA ISABEL NIÑO LADINO
Identificación:	52315099
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	inino7574@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	28/07/25

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: 1c4cc72863f79095b641e3de29da30e97982c42337cc26c078d903720be6e8cf

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

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)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELISA ISABEL NIÑO LADINO

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52315099 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 57 B 78 H 37 **Teléfonos** 3178644594 3178644594

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 22.221.792,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 22.221.792,00

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	91233546114	na	$ 0,00

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52315099	ELISA ISABEL NIÑO LADINO	calle 57 b 78 h 37 sur	3178644594	elisanino40@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	21/07/2025	88095807	$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52315099	ELISA ISABEL NIÑO LADINO		calle 57 b 78 h 37 sur	3178644594	elisanino40@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	21/07/2025	88095807	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52315099	NIÑO LADINO ELISA ISABEL	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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:	Elisa Isabel Niño Ladino						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52315099	
CORREO ELECTRONICO:	elisanino40@gmail.com				CELULAR:	6015103313	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16U01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91233546114				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	955			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1607	FECHA	2025-08-11 09:04:29.000	NÚMERO DE CRP	33304	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:	$1,925,844						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$13,480,908
VALOR EJECUTADO	$11,555,064
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,925,844
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
88095807	$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
1. REALIZAR SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LAS RIAS ASIGNADAS,	1.SE REALIZA SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL CONVENIO	1.SE REALIZA SEGUIMIENTO TELEFÓNICO Y VERIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA AGENDAMIENTO DE PACIENTES.
2. REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA, DEMANDA INDUCIDA Y CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS ASIGNADOS A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SEGÚN FRECUENCIAS DE USO CONTENIDAS EN LAS RIAS.	2.REALIZAR SEGUIMIENTO POR DINAMICA, VERIFICAR SU ASISTENCIA A CONSULTA Y LLAMAR Y AGENDAR SUS CITAS PARA INGRESARLOS A LA RUTA	2. REALIZAR SEGUIMIENTO POR DINÁMICA, VERIFICAR SU ASISTENCIA A CONSULTA Y LLAMAR Y AGENDAR SUS CITAS PARA INGRESARLOS A LA RUTA.
3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS A LAS RIAS MEDIANTE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE VIDA A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTANDARIZADOS POR LA SUBRED.	3.ADHERIR A LA RUTA EL USUARIO QUE NO ESTA CAPTADO POR EL CONVENIO REALIZARLE AGENDAMIENTO DE CITA Y ESTAR EN SEGUIMIENTO	3. SE REALIZA EL SEGUIMIENTO Y AGENDAMIENTO A LOS USUARIOS, PDF ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO Y ENTREGADO A LÍDER DE RUTA
4. DILIGENCIAR OPORTUNAMENTE A TRAVÉS DE LAS RUTAS INTERNAS ESTABLECIDAS LA ENTREGA DE USUARIOS SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE RIESGO IDENTIFICADOS A LAS DIFERENTES RIAS.	4. • REALIZAR SEGUIMIENTO POR MEDIO DEL PROGRAMA DINAMICA CONSIGNADOS EN LA BASES DADAS, REALIZAR AGENDAMIENTO DE CITA Y REALIZAR VERIFICACION	4. IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS RIESGOS DE LOS USUARIOS PARA DURANTE LAS LLAMADAS Y SEGUIMIENTO TELEFÓNICO.
5. DILIGENCIAR CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LAS DIFERENTES BASES, ARCHIVOS Y SOFTWARE INSTITUCIONALES DESIGNADOS PARA LA CONSIGNACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y GESTIONES REALIZADAS.	5. HACER ENTREGA DE BASES Y DARLE CUMPLIMIENTO OPORTUNO CON CALIDAD PARA LOS INFORMES CON EL CONVENIO	5. ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE LAS COHORTES DE LAS RIAS O CONTRATOS SEGÚN LAS INSTRUCCIÓN INSTITUCIONALES
6. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LOS LÍDERES DE RIAS CORRESPONDIENTE, LOS HALLAZGOS Y DIFICULTADES ENCONTRADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO, RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LOS (BARRERAS DE ACCESO).	6. REALIZAR ABORDAJE TELEFONICO A USUARIOS PARA AGENDAR CITAS	6. ACTA Y/O CORREO DANDO A CONOCER LAS POSIBLES BARRERAS DE ACCESO A LAS DIFERENTES DIRECCIONES O EAPB SEGÚN CORRESPONDA.
7. EJECUTAR LAS ACCIONES PROGRAMADAS POR LÍDER PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA.	7.ESTAR ACTUALIZANDO LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A RIAS	7. ACTAS DE REUNIONES DE EQUIPO Y SEGUIMIENTOS DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y /O METAS PROPUESTAS.
8. ACTIVIDADES CONCERNIENTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA MISIÓN ,VISIÓN Y METAS INSTITUCIONALES	8. REALIZAR ABORDAJE A POBLACIONY ASIGNAR LOS SERVICIOS REQUERIDOS SEGÚN NECESIDAD	8. CUMPLIMIENTO DE METAS Y/O ACCIONES PROGRAMADAS.

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 Controlada Subred Sur Occidente