

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MARGARETH MALDONADO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032506790
CORREO ELECTRONICO:			margarethlisbeth1999@hotmail.com			CELULAR:		3143357698
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K31	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550468200118312				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		147			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000	NÚMERO DE CRP	33088	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR EN VETERINARIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-07-01			2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,220,448				
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:						\$18,300,777		
VALOR EJECUTADO						\$17,628,719		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,220,448		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$672,058		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						96%		
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	
7979154806	\$1,366,881	\$170,860		\$218,701	3	\$33,297	\$422,858	
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
1. 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"	Apoyo al la Linea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonotico ETOZ Apoyo a la realizacion jornadas PAI,solicitudes de jornadas por la diferente entidades de salud publica.	Entrega de Productos con la lider de la linea , planillas de vacunacion , vacunas realizadas en las localidades 941 puente aranda 200, bosa 741 vacunas y,Firma en acta de asistencia de jornadas nocturnas barridos y jornadas atendidas por solicitud.
2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado."	Apoyo al la Linea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonotico ETOZ Apoyo a la realizacion jornadas PAI,solicitudes de jornadas por la diferente entidades de salud publica.	Entrega de Productos con la lider de la linea , planillas de vacunacion , 941 vacunas realizadas en las localidades puente aranda 200, bosa 741 vacunas y,Firma en acta de asistencia de jornadas nocturnas barridos y jornadas atendidas por solicitud.
3. 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 brinda atencion a la comunidad según asignacion.	firma en 1 acta de asistencia y 1 formato de canalizacion.
4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes."	brindar atencion a la comunidad según la labor establecida.	prestar servicio con calidad y humanizacion manteniendo el lineamiento establecido.
5. 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"	Entrega de productos de acuerdo Al lineamiento reinducción desinfeccion de pilas y	Firma en Acta 1 mensual de reinducción 1 acta mensual de desinfeccion y firma de 4 formatos diarios kاردex, entrega de insumos, entrega de elementos de apoyo y formato de desinfeccion de nevera.
6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud"	Se realiza acompañamiento a la jornadas solicitadas por los diferentes entornos	entrega de planillas de vacunacion
7. 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 diligenciamiento de planillas de vacunacion, acta de concertacion y carnets de vacunacion con veracidad y calidad.	Entrega de Productos con la lider de la linea , planillas de vacunacion , 920 vacunas realizadas en las localidades puente aranda 333, bosa 677 vacunas y,Firma y elaboracion de 1 acta mensual de jornadas concertadas.
8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control."	Se realiza preauditoria mensuales, verificando soportes completos y con calidad para su organización y presentacion a las auditorias programadas	Firma de 1 Acta mensual
9. 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 cronograma según formato establecido por SDS	4 cronogramas mensuales por via correo electronico
10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. "	se asignan las diferentes solicitudes de jornadas de vacunacion con fecha y respuesta establecida	se atienden 2 jornadas asignadas, se entregan planillas de vacunacion en la localidad de bosa 22 de julio con 240 animales vacunados y 24 julio con 40 animales vacunados,
11. 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 debe informar oportunamente según la eventualidad.	via correo electronico
12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.	Firma en Acta
13. 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 realiza la respectiva identificacion del funcionario con herramientas y elemtnos de trabajo adquiridos al momento de firmar contrato	uso de 1 carnet institucional, 1 chaqueta y 1 gorra institucional
14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio."	se asignan elementos de trabajo para garantizar la correcta ejecucion de la labor según lineamientos establecidos. se asignan elementos de trabajo para garantizar la correcta ejecucion de la labor según lineamientos establecidos.	1 nevera , 4 pilas,1 megafono.
15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio"	se realiza apoyo de la organización de soportes en cada entrega	4 entregas en el mes
16. 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 asignan en orden establecido por la lider de vacunacion según requerimiento	sin asignacion por el mes de julio

<p>Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente</p>	<p>Mantener confidencialidad como obligacion contractual segun clausula firmada en el mes de mayo</p>	<p>firma de adición de mayo</p>
<p>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA														
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1032506790					NÚMERO PLANILLA:		7976729212			TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL		MARGARETH MALDONADO LAME		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		mayo		AÑO		2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
CIUDAD/MUNICIPIO:		BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		DÍAS DE MORA:						0				mayo		AÑO	
DIRECCIÓN:		CARRERA 95 A # 58 - 21 SUR		7279694		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/06/11						NÚMERO AUTORIZACIÓN:		8779856117	
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		I-INDEPENDIENTE															
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		Comercio al por menor de otros artículos doméstic															
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO															

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 227.800	\$ (	\$ (		\$ (	\$ (	\$ (	\$ (	\$ 227.800	\$ (	\$ 227.800	
SUBTOTALES:													\$ 227.800	\$ (	\$ 227.800	

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ (	\$ (		\$ (	\$ 178.800	\$ (	\$ (	\$ (	\$ (	\$ 178.000	\$ (	\$ (	\$ 178.000	
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ (	\$ (	\$ 178.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ (	\$ (			\$ 28.000	\$ 34.700	\$ (	\$ (	\$ 34.700
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ (	\$ (	\$ 34.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO				
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
SUBTOTALES:			\$ 0	\$ 0	\$ 0				

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINED					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORT	ADMIN
1	CC 1032506790	MALDONADO LAME MARGARETH LISBETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.445.340			NO																		230301-PORVENIR	3	1.445.340	\$ 227.800	\$	\$	Norma	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	3	1.445.340	\$ 178.00	\$	\$ 178.00	14-11 - ARL SURA	3	1.445.34	103250679	\$ 34.70	3	1.445.34	CCF22-COLSUBSIDIO		\$	\$	\$	\$	\$

TOTAL PAGADO:

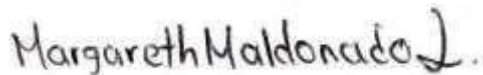
\$ 440.500

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

DEBE A:

MARGARETH LISBETH MALDONADO LAME
C.C 1032506790 DE BOGOTA

La suma de (OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS) (843.291), por concepto de servicios como (técnico auxiliar en veterinaria) en el componente Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 1 al 15 de JUNIO del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 147-2025



MARGARETH LISBETH MALDONADO LAME
C.C 1032506790 DE BOGOTA
CUENTADE AHORROS BANCODAVIVIENDA
NUMERO 468200118312

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



DANIEL CASTILLO CAICEDO
Apoyo a la supervisión
Componente Vigilancia Salud Ambiental

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-jul-2025

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARGARETH LISBETH MALDONADO LAME

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1032506790 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cr 95 A n 58 21 sur

Teléfonos 3143357698 3143357698

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
samuel santiago duque maldonado	1011245076	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	\$ 1.600.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 2.460.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 4.060.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	468200118312	bosa centro	\$ 2.500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	1032506790	\$ 7.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MARGARETH LISBETH MALDONADO LAME
Identificación:	1032506790
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	margarethlisbeth1999@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	29/07/25

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:

Medellin, 29 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **MARGARETH LISBETH MALDONADO LAME** con documento de identidad **C1032506790**, 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
2025-02-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



• Medellín **604 4444578**
• Bogotá **6014055911**
• Cali **602 3808938**
• Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
• Bucaramanga **6076917938**
• Cartagena **605 6424938**
• Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com