

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Sandra Milena Rodríguez osorio					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	52289258		
CORREO ELECTRONICO:	sandrayluisa1980@gmail.com			CELULAR:	3142893580		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K30	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		24130218669				PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4385			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1766	FECHA	2025-08-27 12:56:28.000	NÚMERO DE CRP	38323	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-06-01		2025-06-30

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 repercute 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:	\$8,381,482
VALOR EJECUTADO	\$2,539,843
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,539,843
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5,841,639
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	30%

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
52289258	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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
<p>Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil Técnico conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.</p>	<p>Se realiza valoración de medidas antropométricas: talla, peso, circunferencia de cintura toma de tensión arterial, IMC, riesgo cardiovascular de los individuos que transitan de lunes a viernes por los puntos de cuidado se feliz según la ubicación y cronograma de actividades, los días domingos en los puntos de ciclovia ubicados por SDS Y IDRDR, se previene en ECNT y se promueven hábitos de vida saludables disminuyendo riesgos a nivel cardiovascular fortaleciendo la salud mental de las personas, con el fin de mejorar la calidad de vida en cada uno. Educación en actividad física de acuerdo a la condición de salud, aprovechamiento del tiempo libre y ocio, cesación de tabaco y manejo del estrés</p>	<p>Se realiza registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz</p>
<p>Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.</p>	<p>Se realiza valoración de medidas antropométricas: talla, peso, circunferencia de cintura toma de tensión arterial, IMC, riesgo cardiovascular de los individuos que transitan de lunes a viernes por los puntos de cuidado se feliz según la ubicación y cronograma de actividades, los días domingos en los puntos de ciclovia ubicados por SDS Y IDRDR, se previene en ECNT y se promueven hábitos de vida saludables disminuyendo riesgos a nivel cardiovascular fortaleciendo la salud mental de las personas, con el fin de mejorar la calidad de vida en cada uno. Educación en actividad física de acuerdo a la condición de salud, aprovechamiento del tiempo libre y ocio, cesación de tabaco y manejo del estrés</p>	<p>Se realiza registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz</p>
<p>Desarrollo de Acciones individuales y o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.</p>	<p>Participo de las jornadas de salud según programación del entorno cuidador comunitario Y programación por la SDS</p>	<p>Acta de participación, listado de participación</p>
<p>Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud</p>	<p>Se toma asistencia técnica según lo programado por la SDS</p>	<p>Asistencia técnica en la SDS listado de asistencia</p>
<p>Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).</p>	<p>Se realiza la entrega de soportes para la auditoría según programación del entorno cuidador comunitario y estrategia Cuidate se feliz</p>	<p>Entrega de documentación requerida</p>
<p>Garantizar que toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA</p>	<p>Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato</p>	<p>Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.</p>

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:

SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO

C.C 52289258 DE BOGOTA D.C

La suma de (DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS) (\$ 2,539,843), por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 1 al 30 de JUNIO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4385- 2025



SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO

C.C 52289258 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24130218669

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



MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
Apoyo a la supervisión
Entorno CUIDADOR COMUNITARIO

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

26/05/2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Colizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Cód. (a registrar po
---	--	---	---	--	---	-------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Rodriguez	Osono	Sandra	Milena
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52289258	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad Colombia	14. Lugar de nacimiento Bogotá	País Colombia	Departamento Cundinamarca
Municipio Soacha	15. Fecha de nacimiento 11/15/02/1918		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

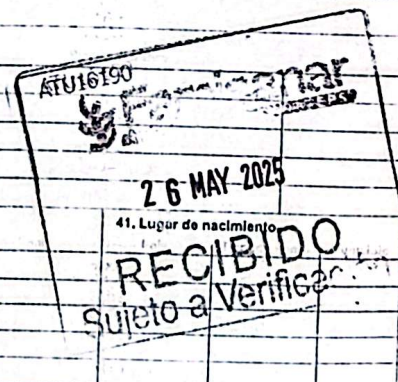
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población espec
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	23. Administradora de Pensiones Parvenir	24. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria	26. Residencia Cl 4 # 77-64	3142893580	Sandroyulija7980@gmail.com
Cundinamarca	Soacha	Hogarel Soacha	Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres						
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad		
33. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres						
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						



Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro	Resto	52. Valor de la...
--------------	----------------------	------	--------------------	----------------	--------	-------	--------------------



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO identificado(a) con CC 52289258 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	31/01/2025
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 28 días del mes agosto del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.289.258**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellin, 28 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO con documento de identidad C52289258, 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
2025-05-27	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