

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:		ESPERANZA MOSQUERA ASTIE					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	51733172		
CORREO ELECTRONICO:	mosqueraesperanza086@gmail.com			CELULAR:	3113772067		
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:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		53617874101			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	10335		VIGENCIA	2024			
NÚMERO DE CDP	1767	FECHA	2025-08-27 13:17:12.000	NÚMERO DE CRP	38553	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: GESTOR COMUNITARIO - AFRO

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-08-16		2025-08-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$1,000,000

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	\$20,028,457
VALOR EJECUTADO	\$19,975,130
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,000,000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$53,327
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
1073307972	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 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.	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1 "	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
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.	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1 "	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
6. Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
7. 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.	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia
9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
tender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	Atender solicitudes de manera oportuna	Atender solicitudes de manera oportuna
11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1 "	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral 1	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio

15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	ias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales, 3 Caracterizaciones 2 sesiones Colectivas 4 sesiones de medicina Ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
---	---	--

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:

ESPERANZA MOSQUERA ASTIE

C.C. 51.733.172 de BOGOTÁ - CUNDINAMARCA

La suma de un millón pesos M C T E (\$1.000.000), por concepto de servicios como GESTOR COMUNITARIO, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo del 16 al 31 de agosto de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 10335-2024 por concepto de compra de insumos ancestrales étnicos



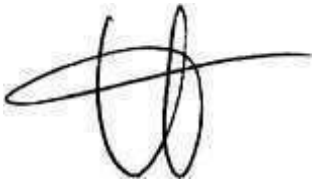
ESPERANZA MOSQUERA ASTIE

C.C. 51.733.172 de BOGOTÁ - CUNDINAMARCA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NÚMERO 536-178741-01

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 16 al 31 de agosto 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

PANTALLAZO SECOP II JULIO

3.pdf | i love - Búsqueda | Descargar archivo | iLovePDF | secop ii login - Búsqueda | Editar

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.14084039

Inicio sesión

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	ENERO	1/01/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Guaya	-	1.525.637 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	FEBRERO	1/02/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Guaya	-	2.164.771 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	MARZO	1/03/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Guaya	-	1.876.649 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	ABRIL	1/04/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Guaya	-	1.876.496 COP	Pendiente de registro	Registrar Registrar Enviar
Pago 005	MAYO	1/05/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Guaya	-	2.041.910 COP	Pendiente de registro	Registrar Registrar Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 51733172 IAS ESPERANZA MOSQUERA ASTIE.pdf	51733172 IAS ESPERANZA MOSQUERA ASTIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> MARZO 2025.pdf	MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> JUNIO 51733172 ESPERANZA MOSQUERA ASTIE.pdf (Archivado)	JUNIO 51733172 ESPERANZA MOSQUERA ASTIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 51733172 ESPERANZA ASTIE.pdf	51733172 ESPERANZA ASTIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> JULIO ESPERANZA.pdf	JULIO ESPERANZA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© VORTAL 2019 | Términos de uso | Normativa | Soporte Remoto | Ayuda | Español (Colombia)

016000-62-0008 | www.colombiacompra.gov.co/soporte | Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

15°C Nublado | Buscar | 17:01 26/08/2025



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: 24-sep-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ESPERANZA MOSQUERA ASTIE

IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 51733172 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 41 B BIS 5 B 15

Teléfonos 3113772067 6709711

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MANUEL FELIPE MOSQUERA ASTIE	1077448561	Hijo(a)



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ESPERANZA MOSQUERA ASTIE
Identificación:	51733172
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	mosqueraesperanza086@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	24/09/25

~~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~~

Medellin, 24 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que ESPERANZA MOSQUERA ASTIE con documento de identidad C51733172, 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



· 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

