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:	ANGIE PAOLA MARTIN RAMIREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1023938806	
CORREO ELECTRONICO:	angiepte94@hotmail.com				CELULAR:	3123600850	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16U09	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24082816272				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3405			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1607	FECHA	2025-08-11 09:04:29.000	NÚMERO DE CRP	33321	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,902,329				
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:	$15,852,742
VALOR EJECUTADO	$11,857,851
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,902,329
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,994,891
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
88832707	$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

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
Realizar el seguimiento telefónico de los usuarios inscritos en las RIAS asignadas	Se realiza comunicación con usuarios beneficiarios de PAISS y CAPITAL SALUD	Se realiza el seguimiento telefonico a usuarios que pertenecen al proyecto PAISS y CAPITAL SALUD para el agendamiento de los controles faltantes o inhaderentes durante el mes de AGOSTO
Llevar a cabo la búsqueda activa, demanda inducida y canalización de los usuarios asignados a las diferentes actividades, según las frecuencias de uso establecidas en las RIAS	Se realiza el seguimiento telefonico a usuarios que pertenecen al proyecto PAISS y CAPITAL SALUD para el agendamiento de los controles faltantes o inhaderentes durante el mes de AGOSTO	Se realiza la asignación de controles prenatales Se realiza la asignacion de controles de planificacion familiar Se realiza la asignacion de controles de crecimiento y desarrollo Se realiza la asignacion de controles medicos para la ruta de salud menta
Supervisar la adherencia de los usuarios a las RIAS mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades determinadas por curso de vida, a través de los sistemas de información estandarizados por la subred.	Realizar seguimiento a usuarios del proyecto PAISS, por medio telefonico (llamada o mensajes de texto	Se realiza la asignación de controles prenatales Se realiza la asignacion de controles de planificacion familiar Se realiza la asignacion de controles de crecimiento y desarrollo Se realiza la asignacion de controles medicos para la ruta de salud mental
Diligenciar de manera oportuna, a través de las rutas internas establecidas, la entrega de usuarios según los diagnósticos de riesgo identificados a las diferentes RIAS	Se realiza la asignacion de controles medicos para la ruta de salud mental	Se agendan citas de controles prenatales de usuarias migrantes venezolanas remitidas por la ruta materno perinatal Se agendan citas de controles de crecimiento y desarrollo, planificacion familiar notificadas por la ruta de promocion y mantenimiento de la salud Se agendan citas de controles medicos de usuarios de salud mental notificados por la ruta de salud mental
Completar con calidad y oportunidad las diversas bases de datos, archivos y software institucionales designados para la consignación de las actividades y gestiones realizadas	Apoyar el gestionamiento de bases solicitadas	Se apoya en la gestion de bases notificadas y solicitadas por proyecto PAISS y CAPITAL SALUD
6. Informar oportunamente a los líderes de RIAS correspondientes sobre los hallazgos y dificultades encontradas durante el seguimiento, relacionados con la gestión del riesgo (barreras de acceso)	Informar sobre los inconvenientes presentados en la gestion de citas	Se informa por medio de apoyos fotograficos que no se cuenta con agenda disponibles Se informa por medio de apoyos fotograficos que no se cuenta con la red disponible
Ejecutar las acciones programadas por el lider para la implementación de la ruta.	Participación y colaboración en jornadas de salud	Se apoya en las jornadas de salud que se realizan en el CEDID de Kennedy los jueves Se apoya en la jornada de salud COLEGIO CARLOS ALBAN HOLGUIN SEDE C
Realizar las demás actividades necesarias para cumplir con la misión, visión y metas institucionales.	Se realizan las actividades enmarcadas en el cumplimiento de la misión, visión y de metas de la institucion	Se entregan los soportes solicitados, como la participacion en encuentros de aprendizaje continuo

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 7/2025

LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE E.S.E. NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

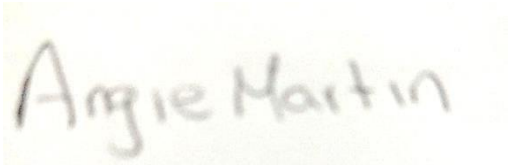
ANGIE PAOLA

MARTIN RAMIREZ

CC1023938806

BOGOTA

La suma de $ 1.902.329 (UN MILLON NOVECIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE): Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección de Gestion del Riesgo en Salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3405- 2025.



ANGIE PAOLA MARTIN

RAMIREZ

CC1023938806

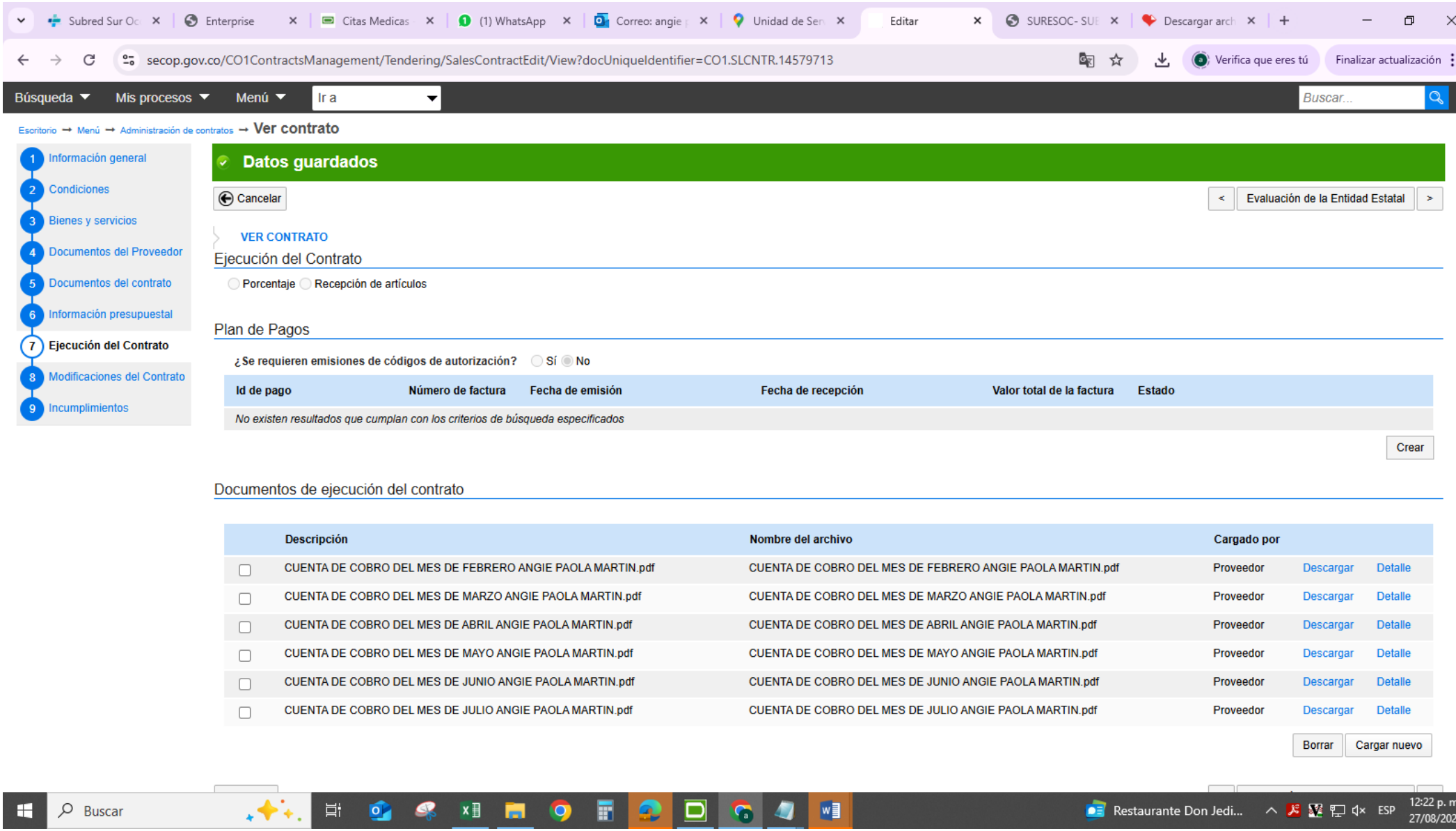
CUENTA DE

AHORROS

CAJA SOCIAL

NUMERO

24082816272


Subred Sur Oc
Enterprise
Citas Medicas
(1) WhatsApp
Correo: angie
Unidad de Ser
Editar
SURESOC- SUE
Descargar arch
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14579713
Verifica que eres tú
Finalizar actualización
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
CUENTA DE COBRO DEL MES DE FEBRERO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE FEBRERO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO DEL MES DE MARZO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE MARZO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO DEL MES DE JUNIO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE JUNIO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO ANGIE PAOLA MARTIN.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Buscar
Restaurante Don Jedi...
ESP
12:22 p. m
27/08/202

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	1023938806	ANGIE PAOLA MARTIN RAMIREZ	carrera 18 q bis n 79 A 84 sur	3123600850	angiepte94@hotmail.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	
2025-07	2025-07	I	26/08/2025	88832707	$446.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	22	2.500	0	180.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	22	3.200	0	231.000	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	22	500	35.200			347	35.200	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	22	0	0	0
ICBF				
0	22	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	180.500
Pensión	1	227.800	231.000
Riesgos Laborales	1	34.700	35.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	446.700

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
CC	1023938806	ANGIE PAOLA MARTIN RAMIREZ		carrera 18 q bis n 79 A 84 sur	3123600850	angiepte94@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-07	2025-07	I	26/08/2025	88832707	$446.700	

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	Estornado	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	1023938806	MARTIN RAMIREZ ANGIE PAOLA	59	0			N	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	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