

**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:		LILIANA MARCELA GONZALEZ OSORIO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1030548728		
CORREO ELECTRONICO:	missliith0903@gmail.com			CELULAR:	3005705993		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U C S EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46V07-15	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66987637260			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	5116			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1767	FECHA	2025-08-27 13:17:12.000	NÚMERO DE CRP	38678	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO II

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-08-21		2025-08-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$1,513,267

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:	\$1,513,267
VALOR EJECUTADO	\$1,513,267
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,513,267
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
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
88423854	\$2,081,636	\$260,205	\$333,062	3	\$50,709	\$643,975

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, 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	VISITAS POR EL PERFIL DE ENFERMERIA A USUARIOS REPORTADOS	DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO, PLANILLA DE FAMILIAS CON CUIDADO FAMILIAR
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.	NO APLICA	NO APLICA
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.	EDUCACION EN USUARIOS CAPTADOS	DILIGENCIAMIENTO APLICATIVO, PLANILLA DE FAMILIAS
4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes.	VISITAS POR EL PERFIL DE ENFERMERIA A USUARIOS REPORTADOS	DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO, PLANILLA DE FAMILIAS CON CUIDADO FAMILIAR
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	PROCESO DE INDUCCION, COMITE MENSUAL	FORMATO DE ACTA
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.	NO APLICA	NO APLICA
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.	VISITAS DESDE EL PERFIL DE ENFERMERIA A USUARIOS CAPTADOS	DILIGENCIAMIENTO EN APLICATIVO, PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR
8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	VISITAS DESDE EL PERFIL DE ENFERMERIA A USUARIOS CAPTADOS	DILIGENCIAMIENTO EN APLICATIVO, PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR
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.	CRONOGRAMA MENSUAL	DRIVE
10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	NO APLICA	NO APLICA
11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	NO APLICA PARA EL MES	NO APLICA PARA EL MES
12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMADAS	ENTREGA DE PRODUCTOS COMO APLICATIVO Y PLANILLA
13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	USO DE CHAQUETA INSITUCIONAL Y CARNET	CHAQUETA INSTITUCIONAL Y CARNET
14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	USO DE BIOMEDICOS	BIOMEDICOS: BASCULA, TENSIOMETRO, TALLIMETRO, FONENDO, GLUCOMETRO, DOPPLER, PULSOXIMETRO
15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMADAS	ENTREGA DE PRODUCTOS COMO APLICATIVO Y PLANILLA
16. Que lo anterior en concordancia a lo establecido en el actual Convenio suscrito con la Secretaria Distrital de Salud para el desarrollo del objetivo mencionado específicamente para el caso de aquellos contratistas que conforman los equipos técnicos diferenciales y realizan actividades para incluir materiales e insumos (todos relacionados con la interacción integral e integrada del abordaje étnico diferencial, partiendo de la necesidad de los deferentes productos para el abordaje a las familias y actividades colectivas (olla comunitaria, círculo de palabra y de medicina ancestral), se hace indispensable contar con insumos diferenciales que permitan la práctica propia de las comunidades étnicas de acuerdo al anexo 8 y plan programático presupuestal requeridos para la operación.	CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMADAS	ENTREGA DE PRODUCTOS COMO APLICATIVO Y PLANILLA
17. El contratista guardará 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.	NO APLICA	NO APLICA

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030548728	LILIANA MARCELA GONZALEZ OSORIO		CR 72 U 43B 10 SUR	6014728612	MISSLILITH0903@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	\$687.900				

## 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	260.300	0		0		0	4	700	0	261.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	333.100	0	0	0	0	4	900	0	334.000	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	50.800				50.800	4	200	51.000			508	51.000	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	41.700	4	200	41.900	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	4	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	4	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	260.300	261.000
Pensión	1	333.100	334.000
Riesgos Laborales	1	50.800	51.000
CCF	1	41.700	41.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>685.900</b>	<b>687.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030548728	LILIANA MARCELA GONZALEZ OSORIO		CR 72 U 43B 10 SUR	6014728612	MISSLILITH0903@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88423854	\$687.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030548728	GONZALEZ OSORIO LILIANA MARCELA	59	0	N																		25-14	2.081.636	333.100	0	0	0	0	EPS008	2.081.636	260.300	14-11	2.081.636	3	50.800	CCF24	2.081.636	41.700	0	0	0	0	0

# PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LILIANA MARCELA GONZALEZ OSORIO**

**C.C 1.030.548.728 DE BOGOTA D.C.**

La suma de (Un millón quinientos trece mil doscientos sesenta y siete pesosM/CTE) (\$1.513.267), por concepto de servicios como profesional en enfermería 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 en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 21 al 31 de agosto de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5116-2025



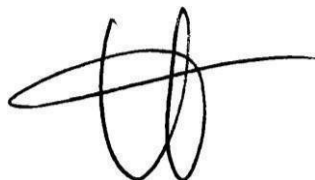
**LILIANA MARCELA GONZALEZ OSORIO**

**C.C 1.030.548.728 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**

**NUMERO 66987637260**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 31 de julio 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**