

					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:				libia Julieth Castiblanco Cuadros						
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1072168322	
CORREO ELECTRONICO:				lijucascu@gmail.com			CELULAR:		3204624600	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%							
		FO09K33-6	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				612011550				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO		8926				VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP		1884	FECHA	2025-09-17 12:06:14.000	NÚMERO DE CRP		39095	FECHA	2025-09-25 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL			
				2025-09-01			2025-09-30			
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 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:							\$27,493,185			
VALOR EJECUTADO							\$25,535,679			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$2,539,843			
VALOR A LIBERAR							\$0			
SALDO POR EJECUTAR							\$1,957,506			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							93%			
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			
89032360	\$1,148,451	\$143,556		\$183,752	3	\$27,976	\$355,285			
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.										
<p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</p>										
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>										

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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 vigente	enviar actividades solicitadas a tiempo	cumplir con documentos solicitados
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	doy cumplimiento a las actividades solicitadas, asistir a las jornadas y realizar la demanda indicada según necesidad	realizar entrega de productos como sis 150, kardex y demás
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 realiza demanda inducida y búsqueda de población objeto, para dar cumplimiento al esquema de vacunación.	Se da cumplimiento y con la participación de diferentes espacios de la institución.
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	Se tiene conocimiento del procedimiento para la realización de actividades.	Se realiza con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
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	Se asiste a comité extramural y demás reuniones programadas	firma de listado de asistencia
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios.	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes ni de los usuarios.
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	"Al finalizar la actividad se hace verificación de los formatos SIS 150 realizados kardex consentimiento informado, insumos.	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en tema de promoción y prevención.
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control	se realiza actividades requeridas por jefes y/o líderes se realiza entrega de SIS 150 y se realizan corrección cuando las solicitan	se realiza entrega de productos solicitados y correcciones si son requeridas
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 actividades dando cumplimiento a la programación enviada diariamente por los jefes	cumplimiento de programación SIS 150
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	se realizan las actividades solicitadas en el tiempo estipulado y lugar o ubicación indicada	SIS 150 firma de las actas si es requerido
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 realiza actividad en el lugar indicado se realiza entrega de SIS 150 con datos requeridos	se realiza demanda inducida para los biológicos que se están aplicando se indica la prevención a tener en cuenta
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	se maneja el respeto hacia los usuarios, compañeros y demás trabajadores	el uso adecuado de los implementos que se portan de la institución
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 asiste diariamente en uniforme portando carnet y demás implementos de la institución a las actividades requeridas	portar carnet y chaqueta de la institución en todos los eventos y actividades requeridas
Cuidar y dar buen uso a los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	se realizan las actividades cuidando los implementos suministrados por la subred	firma de actas donde se indica que equipo y en qué estado se recibe para realizar actividades solicitadas
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	asistir a las capacitaciones que se realizan para el diligenciamiento de los SIS 150 y de la documentación requerida	SIS 150 y demás documentos
1. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de salud	asistir a todas las capacitaciones requeridas asistir a los talleres que se realizan mensualmente	firma 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT: 900.959.048-4

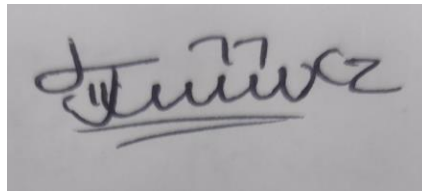
DEBE A:

LIBIA JULIETH CASTIBLANCO CUADROS

C.C. 1072168322

DE GUAYABAL DE SIQUIMA

La suma de dos millones quinientos treinta y nueve mil ochocientos cuarenta y tres pesos m/c, \$ 2.539.843 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 01 al 30 de septiembre del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8926 -2024



LIBIA JULIETH CASTIBLANCO CUADROS

C.C 1072168322 DE GUAYABAL DE SIQUIMA

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 612011550

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente 1 al 30 de septiembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO

Apoya la supervisión

Programa Ampliado de Inmunizaciones

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072168322	LIBIA JULIETH CASTIBLANCO CUADROS		CL 53 S # 13 - 44	6016610868	lijucascu@gmail.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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89032360	\$441.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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	3	500	0	228.300	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	3	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072168322	LIBIA JULIETH CASTIBLANCO CUADROS		CL 53 S # 13 - 44	6016610868	lijucascu@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89032360	\$441.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1072168322	CASTIBLANCO CUADROS LIBIA JULIETH	59	0		N																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA