

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------|---------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br><b>Sur Occidente E.S.E.</b>                                                                                |                   |                          |                               |               | Versión             | 3             |                         | <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                               |               | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |                         |                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |               | Código:             | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                                                             |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                               |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | LIZETH LORENA PERALTA LADINO  |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                           | X             | C.E                 | No.           | 1022395956              |                                                                                                                             |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | ninitaliz@hotmail.com         |               |                     | CELULAR:      | 3204911955              |                                                                                                                             |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                          | BBVA COLOMBIA S.A |                          |                               |               | TIPO DE CUENTA:     | AHORRO        |                         |                                                                                                                             |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 631241676                     |               |                     |               | PENSIONADO              | NO                                                                                                                          |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                               |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3938                     |                               |               | VIGENCIA            |               | 2025                    |                                                                                                                             |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1884              | FECHA                    | 2025-09-17 12:06:14.000       | NÚMERO DE CRP | 39212               | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                               |               |                     | \$16,397,632  |                         |                                                                                                                             |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |               |                     | \$14,797,346  |                         |                                                                                                                             |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                               |               |                     | \$2,539,843   |                         |                                                                                                                             |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |               |                     | \$0           |                         |                                                                                                                             |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                               |               |                     | \$1,600,286   |                         |                                                                                                                             |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                               |               |                     | 90%           |                         |                                                                                                                             |
| 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 |                         |                                                                                                                             |
| 1075024088                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,104,276       | \$138,035                | \$176,684                     | 3             | \$26,900            | \$341,619     |                         |                                                                                                                             |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                               |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                               |               |                     |               |                         |                                                                                                                             |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 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 vigentes. | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato                                                          | Se cumple con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar alistamiento de papelería ,formatos , consentimientos de VPH, Y COVID termos y paquetes frios para la jornada diaria de vacunación                                            | Se realiza vacunacion en la localidad de Fontibon ,Kennedy, Bosa y Puente Aranda                                        |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | En el mes se realiza seguimiento a los menores de cinco años identificados con riesgo y jornadas de vacunacion en diferentes entorno                                                   | Se realiza vacunacion a la poblacion objeto con riesgo durante el mes                                                   |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar demanda inducida y seguimiento de vacunacion en la localidad de Bosa, Kennedy ,Fontibon,Puente Aranda                                                                         | Se realiza vacunacion en la localidad de Bosa, Kennedy ,Fontibon,Puente Aranda                                          |
| 5. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realizar notificaciones de los eventos de interes en salud publica                                                                                                                     | Se realiza notificacion dependiendo de los eventos encontrados en el mes                                                |
| 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realiza canalizaciones las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes | Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunacion                                        |
| 7. 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                                                                                                                                                         | Se realiza entrega de productos e informes , bases de datos y ajustes de manera oportuna cuando sea requerido                                                                          | Dar cumplimiento a al requerimiento solicitado por la SDS                                                               |
| 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Verificar los ajustes oportunos a las preauditorias                                                                                                                                    | Entregar documentos bien diligenciados para la preauditoria                                                             |
| 9. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Verificar las fechas de las entregas de los productos                                                                                                                                  | Entregar informes requeridos oportunamente                                                                              |
| 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Entregar informes requeridos oportunamente                                                                                                                                             | entrega de productos y respuestas                                                                                       |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Reportar las eventualidades que interfieran en el producto                                                                                                                             | Reportar eventos adversos en la vacunacion                                                                              |
| 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | portar adecuadamente los uniformes con logos de la subred                                                                                                                              | cuidar la imagen como funcionarios de la subred                                                                         |
| 13. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cumplir con el uso adecuado de las chaquetas institucionales y carnet                                                                                                                  | Portar los elementos de identificacion de la institucion carne uniforme y chaqueta                                      |
| 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cumplir con el cuidado de los termos paquetes frios y loncheras                                                                                                                        | Cuidar limpiar las elementos utilizados en jornadas de vacunacion                                                       |
| 15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza diligenciamiento de los formatos requeridos en el punto de vacunacion                                                                                                       | Se realiza diariamente toma de temperatura y se registra sistematicamente                                               |
| 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud                                      | Responder por los biologicos o dispositivos medicos al cuidado del trababador                                           |

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:**

**LIZETH LORENA PERALTA LADINO  
C.C1022395956 DE BOGOTÁ**

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 1 al 30 de SEPTIEMBRE del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3938 -2025



**LIZETH LORENA PERALTA LADINO  
C.C1022395956 DE BOGOTÁ  
CUENTA DE AHORROS BBVA  
NUMERO 631241676**

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



**MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO  
Apoyo a la supervisión  
Programa Ampliado de Inmunizaciones**

PAGADO 10/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                              |                    |                  |
|---------------------|------------------------------|--------------------|------------------|
| Razón Social        | LIZETH LORENA PERALTA LADINO |                    |                  |
| Documento           | CC1022395956                 | Dirección          | CALLE 13 11 A 52 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                | Teléfono           | 3204911955       |
| Tipo Persona        | NATURAL                      | Forma Presentación | ÚNICO            |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                  | Departamento       | BOGOTA D.C.      |
| Representante Legal |                              | Identificación     |                  |
| Total Afiliados     | 1                            | ARP                | ARL SURA         |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |          | Riesgos  |          |                    | Cajas          |             |                          | Parafiscales   |            |              |              | Total       |                      |                |          |             |             |             |      |                   |       |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------|----------------|-------------|--------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | VSP | COR | UST | SGR | IME | UMA | VAC | VAP | VCT | IND       | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS           | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión           | Administradora | IBC Salud  | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos       | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022395956      | LIZETH LORENA PERALTA LADINO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |          | 0        | 30       | 30       | 30       | 0        |          | (231001) COLFONDOS | \$ 1.423.500   | \$ 227.800  | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.423.500   | \$ 178.000 | 2.436        | \$ 1.423.500 | \$ 34.700   | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0           | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 440.500        |       |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 440.500                     | \$ 0                    | \$ 440.500  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!