| 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: | JOHANA GONZALEZ ESPITIA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1024525450 | |
| CORREO ELECTRONICO: | johanagonzalez1422@gmail.com | | | | CELULAR: | 3208540364 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K29 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488404914225 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6638 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2152 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 50721 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Profesional Universitario 2 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2025-10-10 | HASTA | FECHA FINAL 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,195,200 | | | | |
| 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: | $4,195,200 |
| VALOR EJECUTADO | $4,195,200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,195,200 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1076302184 | $1,648,460 | $206,058 | $263,754 | 3 | $40,156 | $509,968 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo Nº 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | socialización del nuevo convenio socialización los documentos operativos correspondientes a cada producto | entrega de acta posteriormente a la socialización |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios. | no programada para este mes | no programada para este mes |
| Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | realización seguimiento telefonico a los menores con alteraciones nutricionales | diligenciamiento de las bases, segun corresponda donde el acudiente autoriza o no la canalización |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | no aplica | no aplica |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | asistencia tecnica con SDS | 29 de octubre a las 2:00pm |
| Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los informes requeridos, productos, 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. | hacer diligenciamiento del drive | formatos, drive, y bases de menores no canalizados |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. | no programada para este mes | no programada para este mes |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | el buen trato a toda la comunidad educativa, dentro del respeto | comunicación asertiva a la comunidad |
| 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. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | hacer uso y porte del carnet institucional, y chaqueta | carnet de uso institucional y la chaqueta |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | no programada para este mes | no programada para este mes |
| Guardar 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. | Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato | Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato. |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo. | no programada para este mes | no programada para este mes |

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

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?** ○ Si ◉ 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | suresoc_Johana Gonzalez Espitia_Cc1024525450_Diciembre2024.pdf | suresoc_Johana Gonzalez Espitia_Cc1024525450_Diciembre2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro del 1 al 31 de enero 2025.pdf | cuenta de cobro del 1 al 31 de enero 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro del 1 al 28 de febrero 2025.pdf | cuenta de cobro del 1 al 28 de febrero 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro del 1 al 31 marzo 2025.pdf | cuenta de cobro del 1 al 31 marzo 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 30 de abril.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 30 de abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 31 de mayo 2025.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 31 de mayo 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Indexacion 2025.pdf | Indexacion 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 30 junio 2025.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 30 junio 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 31 de julio 2025.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 31 de julio 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 31 de agosto 2025.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 31 de agosto 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro del 1 al 30 de septiembre 2025.pdf | Cuenta de cobro del 1 al 30 de septiembre 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NIDIA JOHANA GONZALEZ ESPITIA**

**C.C. 1024525450 DE BOGOTA D.C.**

La suma de (Cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos ciento pesos) ($4.195.200) por concepto de servicios como (PROFESIONAL EN ENFERMERÍA) en el entorno educativo durante el periodo de 10 al 31 de octubre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6638/2025



**NIDIA JOHANA GONZALEZ ESPITIA**

**C.C. 1024525450 DE BOGOTA D.C.**

**CUENTADEAHORROS Banco Davivienda**

**NUMERO 550488404914225**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes octubre periodo del 10 al 31 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**Diego Castillo**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Educativo**

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 1 | CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2PS-FR-0005 | | |
| Fecha: 10/01/2023 | CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PARA BENEFICIARIOS | |
| Versión: 2 | | |

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) GUSTAVO ADOLFO SIERRA LARGACHA, identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1056770949, se encuentra afiliado (a) en calidad de Titular Cotizante en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado SUBINTENDENTE con estado laboral LABORANDO y tiene como beneficiarios a:

| PARENTESCO | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | ESTADO DE AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|
| CONYUGE | NIDIA JOHANA GONZALEZ ESPITIA | 1024525450 | ACTIVO |

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá a los 28 días del mes de octubre del año 2025, para ser presentada a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

Teniente LILI JOHANA HERNÁNDEZ MÉNDEZ
Responsable Validación de Derechos DISAN

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-21, 07:45:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076302184

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

## PAGADO 08/10/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NIDIA JOHANA GONZALEZ ESPITIA | | |
| **Documento** | CC1024525450 | **Dirección** | CL 59 SUR #52 - 24 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3208540364 |
| **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 | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | 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 1024525450 | NIDIA JOHANA GONZALEZ ESPITIA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.648.800 | $ 263.900 | (MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA | $ 1.648.800 | $ 206.100 | 2,436 | $ 1.648.800 | $ 40.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 510.200 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.648.800 | $ 1.648.800 | $ 1.648.800 | $ 0 | $ 263.900 | $ 206.100 | $ 40.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 510.200 | $ 0 | $ 510.200 |



**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!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

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