

					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:				Maria Alejandra Roa Beltran					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1026293754
CORREO ELECTRONICO:				alejita.roa1018@gmail.com			CELULAR:		3108755392
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU46V07-15	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488451748757					PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO			5903			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP		2142	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP		50016	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2025-10-05			2025-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,980,800					
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:							\$2,980,800		
VALOR EJECUTADO							\$2,980,800		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$2,980,800		
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			
7987626083	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, 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	1 se cumple con actividades asignadas según el perfil cumpliendo estándares criterios calidad oportunidades y pertinencias según los parámetros descritos en los documentos de convenios procesos y guías	se cumple con actividades asignadas como auxiliar de enfermería Y gestor de mas bienestar
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	2 se participa activamente en cada jornada programada y asignada presentando el mejor caracter posible	participación en jornadas asignadas
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	3 Se realiza el envío oportuno de las distintas canalizaciones al correo asignado por la sub red dando cumplimiento a esta obligación, para una atención oportuna en los distintos casos a valorar así mismo alertando y notificando sobre poblaciones identificadas	3 Se envían correos oportunos para las respectivas canalizaciones y se crean también respectivas alertas según población identificada
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	4 Se realiza participación a reuniones ya sean ordinarias o extraordinarias, comités, reinducciones o inducciones programadas por la subred o por la secretaria de salud	4 Se realiza participación a reuniones programadas por la subred o por secretaria de salud
Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e 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	5 Se realiza entrega de cronograma mensual de actividades, productos, informes bases de datos, aplicativo de la subred o SDS entre otros, también realizando ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos según a las observaciones del supervisor con veracidad oportunidad y calidad	5 Entrega de cronograma mensual de actividades y productos también de esta manera realizando ajustes de manera oportuna según el supervisor haga la observación
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	6 Se alistan soportes y se presentan auditorías programas por entes de control y se atiende solicitudes de manera oportuna	6 Se presentan y alistan soportes para auditorías programadas
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	7 Se da a conocer una buena imagen institucional con la realización de actividades individuales	7 Se da a conocer una buena imagen institucional
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.	8 Cada vez que se llega a territorio doy una buena imagen, portando mi chaqueta y carnet, saludando y presentando de manera formal ante la comunidad Se tienen los equipos en tulas para evitar daños o rayaduras, se desinfectan por paciente y al finalizar jornada, para que de esta manera al día siguiente cuente con una óptima condición de uso	8 Siempre porte de chaqueta y carnet institucional Se mantienen los equipos y elementos de buen estado
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	9 En cada entrega asignada se deja lista de firmas de manera completa y verídica, de igual manera actas correspondientes a cada actividad.	9 Se realiza entregas de actas y control de firmas de manera oportuna
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	10 Se guarda y se realiza de manera confidencial cada documento e información a la cual se tenga acceso cumpliendo como contratista las obligaciones y así mismo cumpliendo la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur OCCIDENTE	10 Se guarda confidencialidad total de información y documentos cumpliendo la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur OCCIDENTE
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	11 Se realiza cumplimiento de actividades y apoyos según requerimiento de supervisor del contrato	11 Se cumple con actividades y apoyo según requiera el supervisor del contrato

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

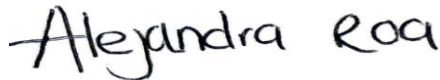
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A: MARIA ALEJANDRA ROA BELTRAN
CC: 1026293754 de Bogotá

La suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS (\$2.980.800), por concepto de servicios como TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 05 al 31 de OCTUBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios
No 5903-2025



MARIA ALEJANDRA ROA BELTRAN

C.C. 1026293754 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA NUMERO 055048845174875

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 05 al 31 de octubre 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



Marcy Viviana Acosta Romero
Líder Operativo

Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión

Equipos Más Bienestar en tu Hogar

- 3 bienes y servicios
- 4 mensajeros del.
- 5 mensajes del contrato
- 6 información presupuesta
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 incumplimientos

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
☐ CERTIFICACION ABRIL ALEJANDRA ROA .pdf	CERTIFICACION ABRIL ALEJANDRA ROA .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CERTIFICACION MAYO ALEJANDRA ROA .pdf	CERTIFICACION MAYO ALEJANDRA ROA .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CERTIFICACION JUNIO ALEJANDRA .pdf	CERTIFICACION JUNIO ALEJANDRA .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CERTIFICACION JULIO ALEJANDRA ROA	CERTIFICACION JULIO .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ AGOSTO .pdf	AGOSTO .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CERTIFICACION SEPTIEMBRE	Alejandra Roa SEPTIEMBRE .pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																																												
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	105293754	NÚMERO PLANILLA:	7397626063	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES septiembre	AÑO 2025	INDEPENDIENTES	2025	1480437245																																										
NOMBRE O NACIÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	0000000000	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2025	INDEPENDIENTES	2025	1480437245																																											
DIRECCIÓN:	CALLE 54 C SUR 811 71 TORRE 4 APTO 1401	TELÉFONO:	1234567	ORG. DE ADOLE:	0000000000	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2025	INDEPENDIENTES	2025	1480437245																																											
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	2025-09-01	NÚMERO AUTOMATIZACIÓN:	0000000000																																															
TIPO EMPRESA:	COMERCIO	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipos per																																																			
FORMA DE REPRESENTACIÓN:	UNICO																																																					
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO																																																					

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
21991	1	1.227.800	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0	0.0	1.227.800	21991	1	1.227.800	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0	0.0	1.227.800
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0	0.0	1.227.800	21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0	0.0	1.227.800	21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	ENCARGADO POR	LICENCIA MATERNEIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0	0.0	1.227.800	21991	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.227.800	0.0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL PAGADO: \$ 441.500