| 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: | TANIA CERVANTES TOBO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016063544 | |
| CORREO ELECTRONICO: | equipo9covid19@gmail.com | | | | CELULAR: | 6014620685 | |
| 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 AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 10977747 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5855 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2142 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 49972 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Profesional Universitario 2 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-06 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,195,200 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 89822877 | $1,650,837 | $206,355 | $264,134 | 3 | $40,214 | $510,703 |

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 profesional , 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-Dar respuesta al proceso de atención desde el área de psicología dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por secretaría de salud desde el Modelo de salud MAS bienestar | 1-Soportes Como Planillas De Visitas Realizadas A Familias Junto Con El Correspondiente Diligenciamiento Del Aplicativo Gtaps-SDS |
| 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- asistir A Jornadas Convocadas Por Secretaría De Salud Como De La Sub Red Sur Occidente Dando Respuesta A Las Necesidades De Abordaje De Los Territorios ubred" | 2- Actas y Listado de Asistencia |
| 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- Realiza Proceso De Atención Familiar Y/O Individual, Dando Respuesta A Las Diferentes Necesidades Desde El Modelo De Salud Más Bienestar Por Medio De Las Diferentes Activaciones De Ruta, Reportes De Notificaciones, Agendamiento, Seguimiento, Notificación De Eventos De Interés En Salud Pública Y Notificación De Alertas A La Población Identificada. | 3- Fichas De Notificación, Canalizaciones, Soporte Registrados Tanto En Aplicativo Gtaps Como En Formatos De Soporte |
| 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-Asistir a la reunion considerada por mi lider, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | .4- Firma de asistencia oportunamente |
| 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. Cumplir con la asistencia téncnica, comites, reuniones, capacitaciones, inducción o reinducción | 5- Firma de sistencia de lo citado por Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred |
| 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- Realizar La Correspondiente Entrega De Soportes De Auditoría Y Dar Respuesta A Los Requerimientos Que Se Consideren Como Necesario En Este Proceso | 6- Diligenciamiento De Bases E Historia Clínica Correspondiente A Su Pertinencia De Manera Exacta Y Verídica Cumpliendo Con Normas De Calidad Haciendo Entrega Oportuna, Verídica Y Con Calidad |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | 7- Tener Un Adecuado Comportamiento Frente A La Población Con El Fin De Mantener La Imagen Institucional " | 7. Tener Respeto Tanto A La Población Objeto De Atención Como A Los Compañeros, Garantizando Una Buena Comunicación. |
| 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. Dar Un Adecuado Uso A Los Diferentes Implementos Entregados Por La Sub Red En Pro De Realizar Proceso De Atención A La Población, Esto Como 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- Portar Los Implementos De La Institución De Una Manera Adecuada Y Con Respeto Estos Como El Carnet, Chaqueta Institucional, Gorra Y Maleta. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | 9- Realizar La Entrega De Los Soportes Que Dan Cuenta De Las Actividades Realizadas Esto Con Los Parámetros Establecidos " | 9. Soportes Como Listados Y Actas De Entrega |
| 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. Teniendo En Cuenta La Política De Datos De La Sub Red Sur Occidente Se Debe Garantizar La Confidencialidad De Cada Uno De Los Casos Y Registros A Los Que Se Tiene Acceso En El Proceso De Atención " | 10. Hacer Un Registro Adecuado En Los Formatos Y Aplicativos Correspondientes De Garantizando Calidad Y Veracidad De Los Mismos |
| 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. Dar Respuesta A Las Demás Actividades Que Sean Requeridas O Convocadas Por El Supervisor Del Contrato O Quien Haga Sus Veces Y Estén Relacionado Con El Objeto Del Mismo | 11. Actas De Soporte Y Listados De Asistencia. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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:**

**TANIA GERALDINE CERVANTES TOBO**
**CC 1016063544 de Bogotá**

La suma de (M/cte) Cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos $4.192.200, por concepto de servicios como profesional en psicología-profesional, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 6 al 31 de octubre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5855-2025**



**TANIA GERALDINE CERVANTES TOBO**

**C.C. 1016063544 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AVVILLAS**

**NUMERO 010977747**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 6 al 31 de octubre 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



**Ladi Michelle Abril Riaño**
**Líder Operativo**

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

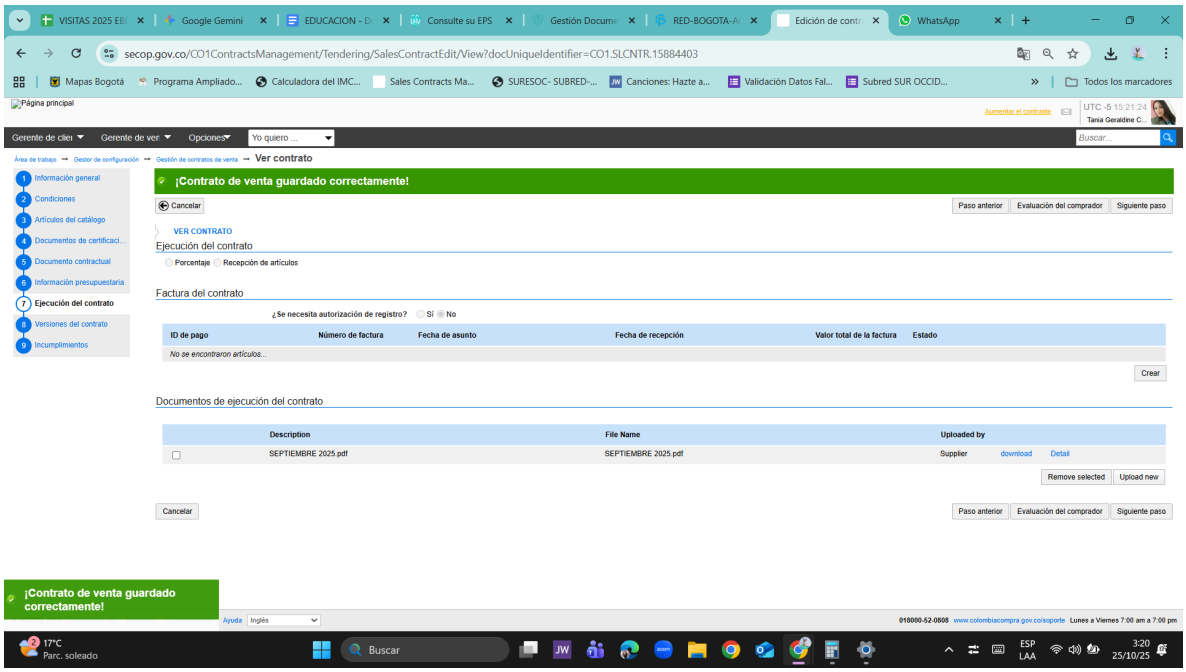


**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Más Bienestar en tu Hogar**

**TANIA GERALDINE CERVANTES TOBO CC 1016063544**

**SECOP II**



compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1016063544 | TANIA GERALDINE CERVANTES TOBO | CRA 99BIS #14-67 | 4620685 | Equipo9covid19@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 | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 09/10/2025 | 89822877 | $510.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 206.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 206.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 264.200 | 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 | 40.300 | | | | 40.300 | 0 | 0 | 40.300 | | | 403 | 40.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 206.400 | 206.400 |
| Pensión | 1 | 264.200 | 264.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.300 | 40.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 510.900 | 510.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1016063544 | TANIA GERALDINE CERVANTES TOBO | | CRA 99BIS #14-67 | 4620685 | Equipo9covid19@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 | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 09/10/2025 | 89822877 | $510.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1016063544 | CERVANTES TOBO TANIA GERALDINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.650.837 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.650.837 | 206.400 | 14-11 | 1.650.837 | 3 | 40.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información