

 <p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</p>	Versión	3	 <p style="text-align: center;">ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Said Lozano Tibaquirá					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1016010225		
CORREO ELECTRONICO:	said.psicolog@gmail.com			CELULAR:	3143181568		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		A USU ATENCION AL USUARIO SEDE ADMINISTRATIVA FONTIBON		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO01002	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7300761272			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		3038		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2292	FECHA	2025-11-21 15:48:04.000	NÚMERO DE CRP	53440	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Universitario II						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL
			2025-12-01				2025-12-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,159,005			
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		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:	\$45,749,055
VALOR EJECUTADO	\$45,749,055
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,159,005
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
91663473	\$1,663,602	\$207,950	\$266,176	3	\$40,525	\$514,652

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Asesorar técnicamente, orientar y dinamizar los procesos de organización y participación comunitaria, con los mecanismos que para tal efecto se han establecido en el Decreto 1757/94, los cuales son: Asociaciones de Usuarios, Comité de Participación Comunitaria y Comité Ética Hospitalaria y desplegar acciones encaminadas al logro de los objetivos propuestos en la Norma.	Gestione las asambleas y diferentes reuniones de las formas de participación y diferentes reuniones correspondientes de Asociaciones de usuarios, COPACOS Fontibón y control social	Actas y listas de asistencia las cuales reposan en el archivo de la oficina de Fontibón de Participación Comunitaria y Drive
Convocar a la Comunidad para que se vinculen y continúen con los procesos de formación y capacitación, iniciados con el apoyo de la Secretaría Distrital de Salud y de la Institución.	Gestione socializaciones de espacios que brinda la Subred y la SDS, tales como, talleres, capacitaciones, veedurías y asambleas de las instancias de participación	Actas, listas de asistencia y Drive correspondientes
Coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de los mecanismos de participación formal: Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria, Junta Asesora Comunitaria y COPACOS.	Brinde a la asociación de usuarios, COPACOS, Junta asesora comunitaria y Veedurías los respectivos insumos con el fin de dar cumplimiento a las actividades	Planes de acción evaluados de cada forma de participación, seguimiento a las actividades por acta, Drive y actas con las acciones realizadas
Coordinar intra y extrahospitalariamente la capacitación para el fortalecimiento de los mecanismos e instancias de participación.	Realice los cronogramas de las actividades de cada instancia de participación, con el fin de contar con la planeación del mes y cumplir con las actividades correspondientes	Cronograma de actividades, actas, listas de asistencia y Drive de las actividades correspondientes
Convocar a la comunidad para que participen en los diferentes espacios y eventos dispuestos para su actividad.	Realice la convocatoria para las diferentes capacitaciones, reuniones y eventos tanto de la Subred como de la SDS, también contribuyendo en ampliar las bases sociales.	Acta, Drive con los documentos cargados de acuerdo a la actividad y Correos electrónicos
Cumplir con los direccionamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	Gestione la convocatoria y brinde asistencia técnica a reuniones de junta directiva de la asociación de usuarios, asamblea de COPACOS, asamblea de ASOUHFO y veedurías (Control Social), de acuerdo al SIGC	Actas, listas de asistencia y Drive con los documentos cargados según corresponde
Elaborar los informes trimestrales sobre la gestión realizada en Participación Social con la comunidad, a fin de ser consolidado y enviado a la Secretaría Distrital de Salud.	Realice los informes y las actividades que le atañen a las formas de participación según los lineamientos y directrices de la Subred, la SDS y normatividad vigente.	Actas donde se describe las actividades según corresponde y de acuerdo a normatividad vigente
Organizar a la comunidad para que vigilen el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.	Gestione los recorridos semanales a la apertura de buzones, en los cuales se verifica el cumplimiento de derechos y deberes además de otras actividades propias de la asociación de usuarios	Firma de formato de apertura de buzones e informes de los asociados y cronograma de apertura de buzones
Impulsar junto con el Comité de Ética Hospitalaria la promoción y divulgación en derechos y deberes de usuarios y pacientes y demás actividades propuestas.	Para este periodo no se llevó a cabo esta actividad, según el cronograma ya se culminó con dicha actividad. Por parte de la asociación, se realizó la divulgación de derechos y deberes en el Hospital Fontibón	No aplica
Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.	Brinde la información en las diferentes reuniones de los servicios según correspondía de manera clara, humanizada y con calidad correspondiente, respetando a los usuarios y familias, de acuerdo al código de ética y las disposiciones como servidor	Actas y listas de asistencia, las cuales reposan en el archivo de la oficina de Participación Comunitaria, drive y registro fotográfico.
Realizar un uso correcto y racional de los recursos de la Unidad de Servicios que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Fomento el adecuado uso de recursos a través del ejemplo y las charlas durante la asistencia a las reuniones	Para esta actividad no se cuenta con producto tangible
Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo Anual del Proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Realice seguimiento a las actividades con las formas de participación, las cuales dan respuesta al plan de acción vigencia 2025 de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano	Actas, listas de asistencia, registro fotográfico y drive
Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales	Cumplí de manera puntual, por medio de la segregación adecuada de residuos, realizando el lavado de manos permanente y haciendo uso de tapabocas en recintos cerrados	Para esta actividad no se cuenta con producto tangible
Elaborar y entregar oportunamente los informes solicitados por el líder de Subproceso con estándares de calidad requeridos.	Elabore y entregue de manera oportuna las actividades pertinentes del periodo	Archivo magnético en drive con las actividades pertinentes y cronograma con las fechas de cumplimiento.
Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución.	• La re inducción la realice en el mes de octubre	No aplica

Brindar apoyo a la Referente transversal del proceso de control social en la subred, en las acciones desplegadas para el ejercicio de las veedurías ciudadanas.	Gestione y convoque las veedurías pertinentes y se desarrollaron de acuerdo a lo establecido; se llevó a cabo durante el mes de noviembre, la veeduría del Hospital Occidente de Kennedy, Contact Center, Ruta de la Salud, y acompañamiento a la veeduría PSPIC.	Actas y listas de asistencia firmadas, certificando mi participación
---	---	--

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
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
LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

SAID LOZANO TIBAQUIRÁ
C.C 1016010225 DE BOGOTA

La suma de cuatro millones ciento cincuenta y nueve mil cinco pesos m/te (\$4'159.005), por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 1 al 31 de enero del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3038 - 2025



Said Lozano Tibaquirá
CC. 1016010225

CUENTA DE AHORROS DEL BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 0073 0076 1272

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **enero 2026** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016010225	SAID LOZANO TIBAUQUIRA		CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	

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	
2025-12	2025-12	I	15/01/2026	92580316	\$517.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	208.000	0		0		0	7	900	0	208.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	266.200	0	0	0	0	7	1.200	0	267.400	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	40.600				40.600	7	200	40.800			406	40.800	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	208.000	208.900
Pensión	1	266.200	267.400
Riesgos Laborales	1	40.600	40.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	514.800	517.100

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016010225	SAID LOZANO TIBAQUIRA	CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	1	15/01/2026	92580316	\$517.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1016010225	LOZANO TIBAQUIRA SAID	59	0			N																	231001	1.663.602	266.200	0	0	0	0	EPS008	1.663.602	208.000	14-11	1.663.602	3	40.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA