

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Ingrid Verónica Hernández Contreras					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	52496581		
CORREO ELECTRONICO:	veronica.hernandez0522@gmail.com			CELULAR:	3103237066		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		ADM DIRECCION FINANCIERA SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU37R20	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		8480265605			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		5362		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	251	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	5575	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: Profesional Especializado III

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-12-01		2025-12-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$6,479,956

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:	\$25,919,824
VALOR EJECUTADO	\$25,919,824
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,479,956
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
7995541259	\$2,591,982	\$323,998	\$414,717	3	\$63,141	\$801,856

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

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

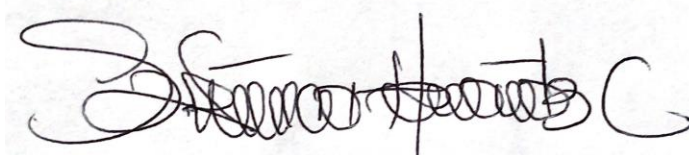
OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar la supervisión de los contratos que le sean asignados, con el objetivo de respaldar el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, reporte de novedades y proyección de informes que se requieran en el marco de la ejecución de las actividades, en concordancia con la ley 80 de 1993, el manual de contratación de la entidad, SECOP II y demás normatividad y lineamientos aplicables.	Se realiza seguimiento en la presentación de cuentas de cobro, las cuales deben cumplir con lo requerido en el contrato. Se hace seguimiento a los nuevos contratistas que ingresan a cada subproceso de la Dirección Financiera a corte de diciembre de 2025	Verificación en Secop II y Suresoc
Desarrollar acciones de articulación y coordinación, con las dependencias necesarias para el cumplimiento oportuno de los objetivos, metas e indicadores de la Dirección Financiera, siguiendo las directrices del jefe inmediato y en observancia de la normatividad aplicable.	Se hace requerimiento de información a cada corte en lo relacionado a indicadores, riesgos y planes de mejora de la entidad, los cuales fueron solicitados a corte 30 de noviembre de 2025	Reposa en correo de la Dirección Financiera
Preparar, consolidar y presentar la información, documentos, informes y soportes requeridos para las sesiones de la Junta Directiva, asegurando su exactitud, pertinencia y oportunidad, así como realizar el seguimiento a los compromisos y decisiones emitidas en dichas sesiones.	Se solicita y se realiza verificación de información en lo relacionado a la Agenda Financiera a corte de octubre y modificaciones presupuestales que deben presentarse en la Junta Directiva Ordinaria	Reposa en el drive remitido por la Gerencia
Elaborar, revisar y o dar trámite a las respuestas de peticiones, solicitudes, requerimientos, oficios y demás comunicaciones provenientes del Concejo, entes de control u otras instancias, que sean asignadas a la Dirección Financiera.	Se da respuesta a solicitudes del Concejo y Personería	Reposa en correo de la Dirección Financiera
Revisar y realizar seguimiento al cumplimiento de los plazos de los documentos necesarios para los trámites de programación presupuestal y para las modificaciones presupuestales de la Entidad, asegurando su conformidad con la normatividad vigente y los lineamientos internos.	Se hace seguimiento a la información para convenios remitidos a SDH y el Convenio remitidos a la SDS	Reposa en correo de la Dirección Financiera
Apoyar en la revisión y sustentación de documentos y actos administrativos que le sean asignados por el supervisor del contrato, garantizando la calidad técnica de los mismos.	Se revisan Resoluciones cuando son remitidas por la oficina Jurídica y por el área de Presupuesto	Reposa en el aplicativo de Agilsalud
Realizar seguimiento a los procesos de evaluación del desempeño del personal vinculado en carrera administrativa y provisional en la Dirección Financiera, verificando el cumplimiento de plazos y procedimientos establecidos.	Se realizó verificación de evaluaciones de desempeño en el 1er semestre de 2025, y evaluaciones de otros funcionarios traslado de cargos	Reposa oficio remitido en el aplicativo de Agilsalud
Monitorear y reportar semestralmente el avance de los indicadores concertados en el acuerdo de gestión de la Dirección Financiera, proponiendo acciones de mejora cuando sean identificadas.	Se realizó verificación de indicadores concertados en el acuerdo de Gestión en el 1er semestre de 2025	Reposan soportes en drive del correo de la Dirección Financiera
ANA LUCIA QUINTERO MOJICA 52827329 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		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

INGRID VERONICA HERNANDEZ CONTRERAS
C.C 52.496.581 DE BOGOTÁ D.C

La suma de \$6.479.956, por concepto de: Profesional Especializado III durante el periodo de 1 al 31 de diciembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5362-2025.



Nombre de contratista: INGRID VERONICA HERNANDEZ CONTRERAS

C.C. 52.496.581 de Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0084 8026 5605

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52496581
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	INGRID VERONICA HERNANDEZ CONTRERAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 75B 88-28	TELÉFONO:	2898971
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7995541259	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2008175371

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 414.800
SUBTOTAL:				1	\$ 414.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 324.000
SUBTOTAL:				1	\$ 324.000
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 15.600
SUBTOTAL:				1	\$ 15.600
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 63.200
SUBTOTAL:				1	\$ 63.200

VALOR SIN MORA:	\$ 817.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 817.600