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:	Leidy Marcela Gonzalez Colmenares						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030576583	
CORREO ELECTRONICO:	marcelagonzalez0890@gmail.com				CELULAR:	3008475821	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CALIDAD Y ACREDITACION USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10T10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24140915114				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	459			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	250	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	5024	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,958,279				
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:	$23,499,348
VALOR EJECUTADO	$23,499,348
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,958,279
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
27298449	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Milena Ramirez Martinez
1014195380
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
1. Realizar las actividades como auxiliar de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del proceso.	Actividad: Responder con las actividades asignadas por el profesional de enfermería	Producto: Desarrolle las actividades asignadas por el profesional de enfermería de acuerdo a los procedimientos y protocolos institucionales
2. Aplicar listas de chequeo que corresponden a las necesidades del proceso en las unidades de la Subred Sur Occidente.	Actividad:realizar listas de chequeo	Producto: Hacer listas de chequeo en las unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso
3. Realizar acompañamiento y seguimiento a las actividades asignadas en las diferentes unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso.	Producto: Hacer listas de chequeo en las unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso	Producto: Hacer listas de chequeo en las unidades de la subred de acuerdo a las necesidades del proceso
4. Adherirse a los procedimientos, manuales, instructivos, protocolos, entre otros de la Subred Sur Occidente.	Actividad: Estudiar los protocolos, manuales e instructivos y demás de la Subred Sur Occidente	Producto: Aplicar los manuales, instructivos y demás de la subred sur occidente
5. Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Actividad: Orientara el paciente y/o familiares de acuerdo a las políticas institucionales de acuerdo a sus necesidades	Producto: Asesoramiento del paciente y/o familiar acerca de las políticas institucionales y las normas vigentes
6. Diligenciar documentos para estadística, libros de registro, en forma legible y formatos requeridos para el proceso, realizar los reportes en las plataformas definidas por la Subred Sur Occidente.	Actividad: Facilitar los documentos requeridos para el proceso	Producto: Retroalimentar las acciones de mejoras encontradas en los servicios
7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Actividad: Ir a las diferentes jornadas de capacitación, reuniones y eventos	producto: participar activamente de las diferentes jornadas de capacitación ,reuniones y eventos
8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Actividad: Informar las fallas de calidad en los servicios	Producto: Retroalimentar las acciones de mejoras encontradas en los servicios
9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Actividad: Asistir a las diferentes actividades según requerimiento	Producto: Respaldar las actividades requeridas por la subred
10. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	ctividad: Asistir a las diferentes actividades según requerimiento	Producto: Respaldar las actividades requeridas por la subred
11. Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, utilizando de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos.	Actividad: Anotar las actividades relacionadas con la prestación de servicios	Producto: Desempeñar de manera óptima las obligaciones
12. Custodiar y responder por los bienes a cargo.	Actividad: Cuidar los bienes y recursos	Producto: Garantizar los bienes a cargo
13. Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del plan de acción del Proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo.	Actividad: Proceder con las actividades necesarias para el cumplimiento del proceso	Producto: Elaborar las actividades para el cumplimiento
14. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes de gestión del área y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida según programación de acuerdo a las actividades o a los requerimientos del servicio contratado.	Actividad: Entregar los documentos de forma mensual de acuerdo a los requerimientos del servicio	Producto: proporcionar el cumplimiento de las actividades mensuales y soportar con los respectivos documentos
15. Las demás actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con las obligaciones del contrato	Actividad: cumplir las actividades mensuales y soportar con los respectivos documentos	Producto: Cumplir con las demás actividades solicitadas por el supervisor del objeto contractual

Milena Ramirez Martinez
1014195380
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 Sur Occidente

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	1030576583	LEIDY MARCELA GONZALEZ COLMENARES	Calle 1 # 4 j -04	3112852920	marcelagonzalez0890@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	24/02/2026	49807561	$543.600	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	5	700	0	219.600	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	280.200	0	0	0	0	5	900	0	281.100	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	42.700				42.700	5	200	42.900			427	42.900	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	218.900	219.600
Pensión	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.600

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
CC	1030576583	LEIDY MARCELA GONZALEZ COLMENARES		Calle 1 # 4 j -04	3112852920	marcelagonzalez0890@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2026-01	2026-01	I	24/02/2026	49807561	$543.600	

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	Exonerado	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	1030576583	GONZALEZ COLMENARES LEIDY MARCELA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

DEBE A:

LEIDY MARCELA GONZALEZ COLMENARES

C.C 1030576583 DE BOGOTÁ D.C

La suma de $1958279 por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar administrativo ll de la oficina de Calidad en las sedes de la Subred durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No-459-2025..



LEIDY MARCELA GONZALEZ COLMENARES
C.C 1030576583 DE BOGOTÁ D.C
CUENTA DE AHORROSBANCOCAJA SOCIAL
NUMERO 24140915114