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:	Andrea Marcela Ostos Cadena						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1074576226	
CORREO ELECTRONICO:	marclmoren@hotmail.com				CELULAR:	5551347	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K30	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	451870095150				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6817			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	249	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	4344	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-23		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$894,240			
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:	$23,846,400
VALOR EJECUTADO	$13,118,760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$894,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,727,640
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	55%

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
9502252618	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. 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
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	Se realiza apropiacion territorial en calle con el objetivo de dar a conocer el accionar de prevencion y deteccion factores de riesgo H.C, en las localidades de Bosa,kennedy, Fontibon y Puente Aranda	Acta de Apropiacion territorial
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público	Realizar asesoría en salud individual, tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, Y CANALIZACION a servicios de Salud
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas y Formato notificacion sivigila si es el caso
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas y Formato notificacion sivigila si es el caso
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas y Formato notificacion sivigila si es el caso.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	Asistencias técnicas programadas para el respectivo mes DE MARZO	Listado de asitencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	Por medio de apropiaciones territoriales y priorizacion en las manzanas del cuidado fortalecimiento de grupos segun necesidad	Listado de asitencia
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3, formatos individuales de pruebas rápida
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realiza entrega oportuna y con calidad de informes requerido	Realizar las preauditorias con asesoria y directriz del lider y/o facilitardor de cada localidad oportuna y con calidad de informes requerido	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas
Realiza entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	Alistar respectivos soportes de auditoria con calidad pertinente fisico y digital Verificacion de drive,con informacion de cada localidad	Verificacion de drive,con informacion de cada uno de los usuarios
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Tamizajes de vih, sifilis y hepatitis b y acciones de información educación y comunicación para la salud	SISCO 2A Y 3A, formatos individuales de pruebas rápidas
OBLIGACIÓN Garantizar que toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA	Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato	Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074576226		OSTOS CADENA ANDREA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 70 B 18 B 40 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000628	9502252618	I	2026/03/06	2026/03/27	BANCO DE BOGOTA	21	$274,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$21,400		$0	$0
1	CC	1074576226	OSTOS ANDREA	230201	15	$875,453	$140,100	EPS017	15	$875,453	$109,500		0	$0	$0	14-11	15	$875,453	$21,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$21,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074576226		OSTOS CADENA ANDREA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 70 B 18 B 40 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000628	9502252618	I	2026/03/06	2026/03/27	BANCO DE BOGOTA	21	$274,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,100	$1,900	$0	$142,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,100	$1,900	$0	$142,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$300	$0	$21,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$300	$0	$21,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,500	$1,500	$0	$111,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,500	$1,500	$0	$111,000
TOTAL				**1**	**$271,000**	**$3,700**	**$0**	**$274,700**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A
FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

DE SALUD SUROCCIDENTE

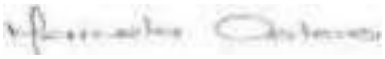
NIT:900.959.048-4

DEBEA:

ANDREA MARCELA OSTOS
CADENA

CC 1074576226DE VENECIA CUNDINAMARCA

La suma de OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS (894.240), por concepto de servicios como Auxiliar de Enfermería en el entorno comunitario, durante el periodo de 23 al 31 de MARZO del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 6817/2025



Andrea Marcela Ostos Cadena
C.C 1074576226 Venecia Cundinamarca

CUENTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 451870095150

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



María Cristina Triviño Diaz

Apoyo a la supervisión
Entorno comunitario