| 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: | LUZ HELENA GUIZA QUINA | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022363357 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | LUZ09279@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3114559064 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC GESTIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE INTERÉS SALUD PÚBLICA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550008000750623 | | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6573 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 931 | FECHA | 2026-04-15 15:59:53.000 | NÚMERO DE CRP | 16378 | FECHA | 2026-04-24 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-02-10 | | 2026-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $1,490,399 | | | |
| 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: | $28,317,600 |
| VALOR EJECUTADO | $22,356,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,490,399 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,961,600 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 79% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1078826893 | $1,192,320 | $149,040 | $190,771 | 3 | $29,045 | $368,856 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo Nº 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, 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. | Se da cumplimiento según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato con criterios de veracidad con calidad | Se realizo con calidad y oportunidad las actividades de vacunacion,en las diferentes tacticas programadas por la subred |
| 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 | Se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. | Se realizo con calidad y oportunidad las actividades de vacunacion,en las diferentes tacticas programadas por la subred |
| 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 | Notificar casos de interes en salud publica a el jefe inmediato para su pronta respuesta | No aplica para este mes |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se brinda a la comunidad información en las jornadas de Vacunacion, fortaleciendo derechos y deberes de los usuarios y canalizandolos para los diferentes servicios de salud, requeriso o ofertados por el ciiclo de vida | Se diligencia de manera clara y con calidad el formato de consentimiento informado |
| 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. | Se brinda a la comunidad información en las jornadas de Vacunacion, fortaleciendo derechos y deberes de los usuarios y canalizandolos para los diferentes servicios de salud, requeriso o ofertados por el ciiclo de vida | Listado de asistencia, del comite extramural y de los conversatorios realizados durante el mes,se realiza pretest y postest, |
| Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los 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 | Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar según la necesidad para realizar la actividad que esta programada, se realiza la respectiva verificacion de bases de datos brindad por SDS se hace la solicitud al jefe inmediato | Entrega de forrmatos diligenciados con calidad, Registro diario infancia, Registro diario de Adultez Encuesta Vacunacion FA, Consentimiento VPH, Y FA |
| 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 | Se realiza revisión y alistamiento de los soportes diligenciados durante el mes a auditar | Se entregan,Registro diario infancia, Registro diario de Adultez Encuesta Vacunacion FA, Consentimiento VPH, Y FA, revisado y verificados con calidad |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable | Portar de manera adecuada la chaqueta y carné institucional en todas las actividades asigandas |
| 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. | Chaqueta y carné institucional | portar de manera adecuada la chaqueta y carné institucional en todas las actividades asigandas |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Verificar calidad del dato en soportes fisicos y magneticos despues de realizar actividad programada por el jefe inmediato | Entrega de formatos con calidad Registro diario infancia, Registro diario de Adultez Encuesta Vacunacion FA, Consentimiento VPH, Y FA |
| Guardar 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. | Guardar confidencialidad de los datos o información de los usuarios, a los que se les presta e servicio de Vacunacion o canalización a los diferentes entornos | No divulgar información o datos de usuarios tomados para el registro durante el proceso de vacunacion |
| 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. | se da cumplimiento a las actividades de vacunacion programadas por el jefe inmediato. | Asistir a las activiades de vacunacion asigandas por el jefe inmediato, diligenciando los formatos de manera clara. |

Copia Certificada 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

**DOCUMENTOEQUIVALENTEA FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADADESERVICIOSDE SALUDSUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBEA:**

**LUZ HELENAGUIZA QUINA**
**C.C1.022.363.357 DE BOGOTA**

La suma de Un millón cuatrocientos noventa mil cuatrocientos pesos m/c, $ 1.490.400 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 10 al 28 de febrero del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **6573-2025**

Luz Helena Güiza

**LUZ HELENA GUIZA QUINA**
**C.C1.022.363.357DEBOGOTA**

**CUENTADEAHORROSBANCODAVIVIENDA**
**NUMERO 0550008000750623**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente a horas adicionales del mes de febrero 2026 una vez realizadas y verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión

Christian Acero Amaya.

**CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA**
**Apoyoa lasupervisión ComponenteGIPEPB**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-02-10, 06:01:25 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | enero de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2026 |
| **Empresa** | LUZ HELENA GUIZA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1022363357 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8810637847 / 1078826893 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 541.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | $ 218.900 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 42.700 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 541.800 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 541.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!