| 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: | josefina gomez gomez | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52934844 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | fialmet-jta@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3132299012 | | | |
| 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 | 5370341322 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6204 | | | VIGENCIA | 2025 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 931 | FECHA | 2026-04-15 15:59:53.000 | NÚMERO DE CRP | 16833 | FECHA | 2026-04-29 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | GESTOR ANCESTRAL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2026-04-01 | | 2026-04-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,810,400 | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | 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: | $22,610,600 |
| VALOR EJECUTADO | $18,472,800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,810,400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,137,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1080493608 | $1,124,160 | $140,520 | $179,866 | 3 | $27,385 | $347,770 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertenencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institución cuando sea requerido y/o asignados, en el contrato vigente entre la Subred sur occidente y la secretaría distrital de salud. | visitas presenciales a las familias | fichas de caracterización y tamizaje Apgar OMS |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos para el covid-19 | se realiza cuatro actividades de plan de acción la la comunidad gitana | hoja de firmas fichas técnicas pieza de la ficha técnica y actas |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | identificación de riesgo educación y activación de rutas | actas y hoja de asistencia |
| Realizar canalización de los casos prioritarios identificados u dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | Como gestora se realiza comunicación con los usuarios para informarles sobre la canalización | formato establecido por SDS para contacto vía telefónica, correos de envio y formatos de canalizacion |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión | en las actividades realizadas se facilita el proceso de veeduria | formatos establecidos por SDS |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | se realiza seguimiento a gestante/lactantes presentada en la comunidad | ficha de implementacion seguimientos ,y acciones colectivas |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | se realiza entrega de la papelería todos los lunes y jueves en Sede Abastos | seguimientos,acciones colectivas y actas |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Reuniones con profesional de apoyo para revisión y pre auditoria | Actas, listados de asistencia y reuniones semanales de entrega |
| Alistar soportes y presentar auditorías programados tanto de la ESE como de la firma auditoria o SDS | Reuniones con profesional de apoyo para revisión y pre auditoria | Actas, listados de asistencia y reuniones semanales de entrega |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | Reuniones con profesional de apoyo para revisión y pre auditoria | Actas, listados de asistencia y reuniones semanales de entrega |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Subred sur occidente ESE. | movilización social entorno a las acciones afirmativas | Actas, listados de asistencia y reuniones |

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 Controlada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADADESERVICIOS DE SALUD SUR**

**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
JOSEFINA GOMEZ GOMEZ

C.C 52934844

Lasuma de ( DOS MILLÓNES OCHOCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS PESOS) ($2.810.400) por concepto de servicios como (GESTORA COMUNITARIA) en el entorno de cuidador comunitario, durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2026 , de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6204-2025.

**Josefina Gómez Gómez**

**C.C.** 52934844

**CUENTADEAHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NÚMERO 005370341322**

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

**(MARIA CRISTINA TRIVIÑO)**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno CUIDADOR COMUNITARIO**

# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-04-15, 09:55:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080493608

**Periodo Cotización:** marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8863378180

## PAGADO 15/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOSEFINA GOMEZ GOMEZ | | |
| **Documento** | CC52934844 | **Dirección** | CR 69C #3 A - 77 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3132299012 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52934844 | JOSEFINA GOMEZ GOMEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.750.905 | $ 218.900 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 280.200 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 | $ 500 | $ 542.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Scanned with CamScanner