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:	ana salazar espitia						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52918612	
CORREO ELECTRONICO:	anita201171@hotmail.com				CELULAR:	3213909830	
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	550474700044172				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6202			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2296	FECHA	2025-11-21 15:56:34.000	NÚMERO DE CRP	55269	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,980,800				
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:	$8,942,400
VALOR EJECUTADO	$2,980,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,980,800
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,961,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
35500355	$1,192,320	$149,040	$190,771	3	$29,045	$368,856

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

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
1.- 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 realizaron las actividades asignadas bajo el cumplimiento de las leyes y decretos estipulados.	Actas y listados de asistencia
2.- 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 realizaron las actividades asignadas bajo el cumplimiento de las políticas establecidas para la población diferencial	Participar en el proceso de actualización y capacitación con el referente de la política
3.- 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.	Se participo en el fortalecimiento de capacidades programada por el referente de SDS para el equipo mujer	Actas y listados de asistencia
4.- Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Hacer partícipe a la comunidad y hacer seguimiento de las actividades asignadas	Actas y listados de asistencia
5.- 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 desarrollaron las actividades asignadas en el presente mes y se realizo alistamineto de soportes para presentar auditoria por parte de la E.S.E como de la firma auditora y/o Secretaria de Salud.	Soportes con calidad y orden
6.- 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.	Se realizaron canalizaciones a servicios asistenciales y activaciones de casos identificados para articulación PIC- POS a lo largo del mes	Formato de canalización a servicios
7.- 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 informo a los individuos , familias y colectivos sobre sus deberes y derechos	Acta y listados de asistencia
8.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se realizo entrega de información requerida por el líder de la estrategia : soporte sisco 2 pruebas rápida vih-sifilis-hepatitis B.	Acta formatos y listados de asistencia
9.- 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.	Portar elementos de protección personal e identificación requeridos por el líder de la estrategia Entrega de soporte según direccionamiento	Portar elementos de protección personal según direccionamiento
10.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	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 a fin de evitar glosas.	Entrega de soportes con calidad y orden
11.- 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.	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.
12.- 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..	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 a fin de evitar glosas	Entrega de soportes con calidad y orden

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

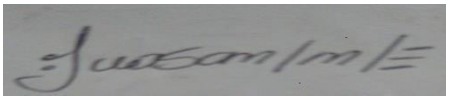
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT**:900.959.048-4**
DEBE A:

ANA SALAZAR ESPITIA

C.C 52.918.612 DE BOGOTA

La suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOSIENTOS PESOS M/CTE, $2.980.800, por concepto de servicios como auxiliar de enfermería en el entorno Comunitario, durante el periodo de 1 al 31 de diciembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6202-2025



ANA SALAZAR ESPITIA

C.C 52.918.612 **DE BOGOTA**

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550474700044172

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de diciembre 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 Comunitario.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA SALAZAR ESPITIA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52918612
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-18
FECHA DE PAGO:	2025-12-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35500355
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35500355
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 178.000	$ 179.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 227.800	$ 230.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 400	$ 34.700	$ 35.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.300	$ 440.500	$ 444.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/01/2026