

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DANIELA MANRIQUE ROJAS					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1018470024		
CORREO ELECTRONICO:	danimaro_@hotmail.com			CELULAR:	3246830904		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46V07-15	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS S A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	684990547			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	5861			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	993	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$1,924,800

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:	\$59,027,200
VALOR EJECUTADO	\$21,717,700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,924,800
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$37,309,500
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37%

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
86449653	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

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 por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, 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.	las actividades certificadas corresponden a atenciones individuales que obedecen al reporte de contrapartida/Realizar consultas médicas domiciliarias	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
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	reporte de contrapartida/Realizar consultas médicas	Acta de asistencia a reuniones
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	Seguir los lineamientos de intervención del programa salud a mi barrio, realizar consultas medicas a familias	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
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.	Realizar educación al usuario de hábitos de vida saludable	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
- Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e 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.	Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada	Acta de asistencia a reuniones
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.	Realizar ejercicio de educacion con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Cumplir con los tiempos de entrega de los planes de cuidados, revisión de matriz de familias caracterizadas,y comite de cuidado	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
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.	Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relacion a las familias caracterizadas cumoliendo con los lineamientos planteados en el modelo de salud territorial	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relacion a las familias	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
El contratista guardará 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 y del FFDS y SDS.	Realizar ejercicio de educacion con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc
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.	Informar al gestor a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato	Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018470024	DANIELA MANRIQUE ROJAS		calle 27 sur n 34-72 int 2 apto 801	4734821	danimaro_@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86449653	28/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$549.800	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	20	3.200	0	222.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	20	4.100	0	284.300	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	20	700	43.400			427	43.400	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
<b>SENA</b>				
0	20	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	20	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	222.100
Pensión	1	280.200	284.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>549.800</b>

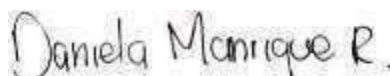


**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A: DANIELA MANRIQUE ROJAS  
C.C 1018470024 de Bogotá D.C**

La suma de un millón novecientos veinti cuatro mil ochocientos pesos Mcte (\$1.924.800), por concepto de servicios como Medico, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 1 al 31 de Mayo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5861-2025**



**C.C. 1018470024 de Bogotá D.C. CUENTA  
AHORROS BANCOBOGOTÁ NUMERO 542367081**

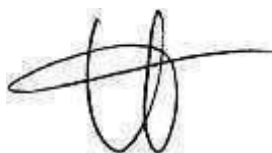
**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 31 de Mayo de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



---

**JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA  
Líder Operativo**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
Apoyo a la supervisión**

**Equipos Más Bienestar en tu Hogar**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bases y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimiento

**Datos guardados** Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje: Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

M de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	OCTUBRE 2025.pdf	OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	noviembre.pdf	noviembre.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Diciembre.pdf	Diciembre.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	enero.pdf	enero.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Marzo.pdf (Archivado)	Sumario_Marzo.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Marzo.pdf	Marzo.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

**DanielaManriqueRojas**  
**cc 1018470024**  
**SECOP II**