

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                        |              |                        |                                           |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN              | TELÉFONO     | CORREO                 | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 1049373276        | ADRIANA DEL PILAR VELASCO<br>RINCON | calle 72#88-44 apt 703 | 3132147921   | pilyveri1011@gmail.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<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 89418641        | 11/06/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                               | I               | \$0                          | \$541.800          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 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                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 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 |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 541.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1049373276        | ADRIANA DEL PILAR VELASCO RINCON |        | calle 72#88-44 apt 703 | 3132147921         | pilyveri1011@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                  | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                  |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                  |        |                        |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                  |        |                        |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 89418641        | 11/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$541.800          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                     |           |         |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |            |             |           |                   |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |              |                           |          |           |      |                    |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|------------|-------------|-----------|-------------------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|--------------|---------------------------|----------|-----------|------|--------------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                     |           |         |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |            |             |           | RIESGOS LABORALES |            |                        |                         | CCF                                  |                                       |          |           | PARAFISCALES |                           |          |           |      |                    |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres                 | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Económico             | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VST     | SEN | ICE | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días              | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días         | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de<br>Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |   |
| 1                     | CC<br>1049373276                      | VELASCO RINCON ADRIANA DEL<br>PILAR | 59        | 0       |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |            | 25-14       | 1.750.905 | 30                | 280.200    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS005   | 1.750.905 | 30           | 218.900                   | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3                  | 42.700     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 | 0 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A:**

**ADRIANA DEL PILAR VELASCO RINCÓN**

**CC: 1049373276 de Boavita**

La suma de Dos millones trescientos dos mil ochocientos pesos Mcte (\$2.302.800), por concepto de servicios como Enfermera Profesional en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3221 – 2026**



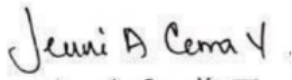
Adriana del Pilar Velasco Rincón

**C.C. 1049373276 de Boavita.**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 088787747**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de junio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



---

**Jenni Alexandra Cerra Vargas**  
**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**

Buscar contrato

  (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id.del.contrato | Número.del.Contrato | Entidad.Estatal                                          | Tipo de entidad | Fecha.de.firma                                          | Fecha.de.finalización                                | Facturación de la entidad        | Valor total de la oferta | Estado       |                         |
|-----------------|---------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|
| 7765551         | 3221-2026           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | Entidad Estatal | 20/02/2026 11:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 31/07/2026 23:59:00 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Adriana del Pilar Velasco Rincón | 22.793.920 COP           | En ejecución | <a href="#">Detalle</a> |

OPCIONES

VERSIÓN

Últimas modificaciones  
Todos  
Esperando aprobación  
Firmado  
Firmado y enviado a la Entidad Estatal  
Suspendidos  
Cancelados  
Cerrados  
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS



La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

**Adriana del Pilar Velasco Rincón**

ha participado y aprobado el Curso Virtual  
**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**  
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)  
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública  
Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 91,00 %  
25 de junio de 2026

  
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director






\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/moodle/mod/simplecertificate/verify.php?code=81704800-03f1-4ae2-aa5e-7775cb500092>

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                     |                             |                                                    |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                             |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                             | Adriana del Pilar Velasco Rincón                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                             | C.C                                                | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1049373276 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                             | pilyveri1011@gmail.com                             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3132147921 |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                             | 88787747                                           |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                     |                             |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                     | 3221                        |                                                    |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1099                | FECHA                       | 2026-05-12 10:05:29.000                            | NÚMERO DE CRP       | 21485                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                             | DESDE                                              | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                             |                                                    | \$2,302,800         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                     |                             |                                                    |                     | \$22,793,920                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    |                     | \$9,906,600                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                             |                                                    |                     | \$2,302,800                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                             |                                                    |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                             |                                                    |                     | \$12,887,320                     |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                             |                                                    |                     | 43%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 89418641                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,171,920         | \$146,490                   | \$187,507                                          | 3                   | \$28,548                         | \$362,545     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                     |                             |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>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..<br>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 | Acciones en campo equipos basicos extramurales, seguimiento a eventos de interes en salud publica reportados por SDS , teniendo en cuenta lineamientos tecnicos para su desarrollo   | Formato de caracterizacion social y ambiental , tamizajes Diligenciamiento de cronograma de actividades ,diligenciamiento de aplicativo, dinamica si aplica diligenciamiento de SIRC si aplica                   |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | asistencia a jornadas dispuestas por la SDS                                                                                                                                          | link, o listados de asistencia                                                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                        | Realizar planes de cuidado familiar,segun identificacion de riesgos, notificados previamente por SDS u otros entes u entornos, notificacion de alertas identificadas en el abordaje. | Formato de caracterizacion social y ambiental , tamizajes, Diligenciamiento de cronograma de actividades ,diligenciamiento de aplicativo, dinamica segun corresponda, diligenciamiento de SIRC segun corresponda |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | participacion de asistencias, reuniones,comites dispuestos en el cumplimiento de las acciones contractuales durante el mes                                                           | Actas y listados de asistencia                                                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                                                            | Entrega de productos, aplicativo GTAPS, drives de gestion, con calidad y oportunidad                                                                                                 | planillas de seguimiento, aplicativo GTAPS                                                                                                                                                                       |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Entrega de productos con calidad                                                                                                                                                     | planillas de seguimiento, aplicativo GTAPS                                                                                                                                                                       |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mantener una adecuada imagen                                                                                                                                                         | Mantener una adecuada imagen                                                                                                                                                                                     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hacer uso de carnet instucional,chaqueta dentro de horarios laborales.                                                                                                               | Hacer uso de carnet instucional,chaqueta dentro de horarios laborales.                                                                                                                                           |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | entrega de soportes requeridos para auditorias o gestion documental                                                                                                                  | Soportes en físico, digital con calidad                                                                                                                                                                          |
| 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.                                                                                                                                                                                                  | Mantener confidencialidad en archivos,bases de datos,informacion entregada por la sub red                                                                                            | Mantener confidencialidad en archivos,bases de datos,informacion entregada por la sub red                                                                                                                        |
| . 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cumplimiento de las horas establecidas en la ejecucion del contrato, operativas y administrativas                                                                                    | certificacion de productos                                                                                                                                                                                       |

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