

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JAIME LESMES RINCON					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		11451841
CORREO ELECTRONICO:			jaime.lesmes.rincon@gmail.com			CELULAR:		6358559
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K32	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7300949695				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5989			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP		1102	FECHA	2026-05-12 10:22:41.000	NÚMERO DE CRP		18493	FECHA 2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
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:					\$34,279,200			
VALOR EJECUTADO					\$30,812,400			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,980,800			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$3,466,800			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					90%			
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	
86155742	\$1,192,320	\$149,040		\$190,771	3	\$29,045	\$368,856	
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 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
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 N° 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.	Seguimiento diario al tablero de control de las IEC y reporte a los epidemiólogos, cargue de IECs al FORMS de secretaria links 2025 o 2026 según corresponda en el manual códigos Sivigila y respectivos soportes cargados al drive de Transmisibles para auditoría. Se realiza diligenciamiento diario del cronograma de actividades.	bases de datos, aplicativos, informes, bases de datos en drive
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.	NO SE PROGRAMÓ PARA ESTE MES	NO SE PROGRAMÓ PARA ESTE MES
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.	VERIFICACIÓN DE CASOS EN BASES	ACTAS, DRIVE, SOPORTE DE CARPETAS
4.- Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	NO SE PROGRAMÓ PARA ESTE MES	NO SE PROGRAMÓ PARA ESTE MES
5.- Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	REUNIÓN DE EQUIPO	ACTAS, LISTADOS
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	Seguimiento diario al tablero de control de las IEC y reporte a los epidemiólogos, cargue de IECs al FORMS de secretaria y respectivos soportes cargados al drive de Transmisibles para auditoría. Se realiza diligenciamiento diario del cronograma de actividades. Se realiza cruce bases eventos ETV. Se realiza ajustes base sala ERA 2026	CORREOS, ACTAS, DRIVE
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.	Seguimiento diario al tablero de control de las IEC y reporte a los epidemiólogos, cargue de IECs al FORMS de secretaria y respectivos soportes cargados al drive de Transmisibles para auditoría. Se realiza diligenciamiento diario del cronograma de actividades. Se realiza cruce bases eventos ETV. Se realiza ajustes base sala ERA 2026	CORREOS, ACTAS, DRIVE
8.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	SE REALIZA DIARIAMENTE	UNIFORME, CARNET
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 a los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	SE PORTAN ELEMENTOS INSTITUCIONALES	USO DIARIO DEL CARNET
10.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	ENTREGA DE SOPORTE DIGITAL Y FÍSICO	bases de datos en drive y correo institucional
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.	MANEJO DE HABEAS DATA	SOCIALIZACIÓN POR PARTE DE LA INGENIERA EN SISTEMAS DE VSP, SE REALIZA FIRMA DEL FORMATO Y SE ENVÍA A LA LÍDER DEL PROCESO
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.	Seguimiento diario al tablero de control de las IEC y reporte a los epidemiólogos, cargue de IECs al FORMS de secretaria y respectivos soportes cargados al drive de Transmisibles para auditoría. Se realiza diligenciamiento diario del cronograma de actividades. Se realiza cruce bases eventos ETV. Se realiza ajustes base sala ERA 2026	CORREOS, ACTAS, DRIVE

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:

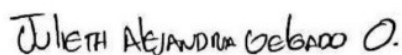
JAIME LESMES RINCON
CC 11451841 DE APULO

La suma de \$ 2.980.800 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE por concepto de servicios como Técnico 1 en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo del 01 al 30 de JUNIO de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5989/2025



JAIME LESMES RINCON
CC 11451841 DE APULO
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A
NUMERO 007300949695

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **JUNIO 2026** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA
Lider de Proceso
Vigilancia en Salud Pública



LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
Referente Vigilancia en Salud Pública



3c73c09c-a21a-469f-8c66-5ea163d046e1

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

JAIME LESMES RINCON

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

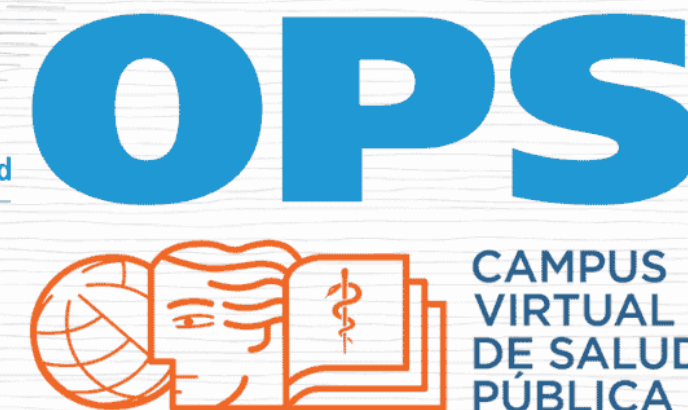
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 97,50 %

23 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-06-06, 03:06:38 PM Tipo Planilla I Número Planilla 86155742
Periodo Cotización 202605 Periodo Servicio 202605
Cliente:

PAGADA 2026-06-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME LESMES RINCON						
Documento	CC 11451841			Dirección	CR 80G #06 - 19 TORRE 1 APTO 906		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	6358559		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 11451841		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				LESMES RINCON JAIME	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos							Caja				Parafiscales				
ING	RET	TAE	TAP	VST	SELN	CSGR	VEI	RE	LMA	VAC	VCT	RIP	Di	As				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF				

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
										\$ 541.800

