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:	Dorly Liliana Melo Cely						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53122828	
CORREO ELECTRONICO:	lilianamelo@gmail.com				CELULAR:	3212792167	
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	455070041302				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7784			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1102	FECHA	2026-05-12 10:22:41.000	NÚMERO DE CRP	19395	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:	$4,195,200						
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:	$32,442,880
VALOR EJECUTADO	$26,151,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,195,200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,291,280
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
85319636	$1,678,080	$209,760	$268,493	3	$40,878	$519,131

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

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 con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos	Realizar 35 IEC de la Localidad de Bosa, kennedy, Fontibón y Puente aranda IEC , efectuando el diligenciamiento adecuado de cada uno de los formatos requeridos con su calidad adecuada para el procesos de auditoria	Formatos de registro de 35 IEC de la Localidad de Bosa, kennedy, Fontibón y puente aranda IEC. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y sigiendo los lineamiendo generados de SDS
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes,	Hacer buen uso de los insumos y recursos brindados por la unidad de servicios de salud	Formatos de caracterización ..
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos, Canalizaciones de la subred suroccidente.	Formato de canalizacion debidamente diligenciado
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	Se realiza educacion y canalizacion según corresponda a los casos intervenidos.	Formatos de activacion de ruta y registro de asesorias.
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública	No aplica	No aplica
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud,	Se realiza canalizacion según corresponda a los casos intervenidos	Formatos de activacion de ruta y registro de asesorias.
Informar a los individuos, sobre sus deberes y derechos respectoa la seguridad social en salud	Se informa sobre riesgos y prevencion de accidentes, enfermedades derivadas de su trabajo.	Formatos de caracterizacion , actas y listado de asistencias, formatos de IEC.
Presentacion y acompañamiento a las auditorias externas e internas en caso de requerirse.	Diligenciamiento de cada alerta o protocolo que se presente	Envio con calidad y oportunidad en Drive
Realizar entrega de soportes,cronograma,informes entre otros y velar por la custodia de los mismos	Se elabora cronograma de actividades para la verificación de acciones	Formato de cronograma enviado al correo electronico , drive y formularios de registro de eventos notificados .
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio,	Se verifica la calidad de la informacion registrada en las bases del proceso	Bases y formatos diligenciados con calidad y oportunidad.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos , alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Listados de asistencia.
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS, asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista, velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes	Asistencia a las capacitaciones generadas de SDS	Listado de asistencia
Dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales.	Participar en capacitaciones de induccion se la subred	Listados de asistencia.
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Formatos de registro de visita y Asesorias por terapeuta ocupaciona en la localidad de bosa y fontibon . Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento.
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno	Cumplimiento a cabalidad con idoneidad y lealtad en el desarrollo de las acciones establecidas por el objeto contractual avaladas por lineamientos SDS	Formato de activacion de ruta y registro de caracterizacion de eventos notificados
Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación	De acuerdo a las actividades programadas para dicho fin por parte de la Subred Suroccidente	Listados de asistencia.

Copia Certificada
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

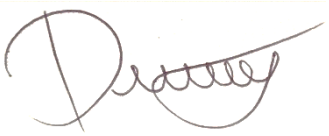
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:

DORLY LILIANA MELO CELY
C.C 53.122.828 DE BOGOTA

La suma de **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS M/CTE ($4.195.200)** por concepto de servicios prestados como **Profesional Universitario 2** en el proceso de VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7784-2025.



DORLY LILIANA MELO CELY
C.C 53122828 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 455070041302

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

Mariluz Muñeton
Líder de Proceso
Vigilancia en Salud Pública

LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
Referente Vigilancia en Salud Pública

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53122828	DORLY LILIANA MELO CELY	CL 42 SUR 78I 30	3212792167	LILIANAMELO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85319636	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	5	900	0	219.800	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	5	1.100	0	281.300	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	5	200	42.900			427	42.900	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53122828	DORLY LILIANA MELO CELY	CL 42 SUR 78I 30	3212792167	LILIANAMELO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85319636	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53122828	MELO CELY DORLY LILIANA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información