

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                      |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             | ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                             | C.C                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52518244   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                             | amoserc@unal.edu.co                  |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3003758022 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                             |                                      |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             | PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K31              | 100                         |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                             |                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                             | 550009900248817                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                             |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 26                          |                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1102                 | FECHA                       | 2026-05-12 10:22:41.000              | NÚMERO DE CRP       | 20909                            | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             |                                      |                     |                                  | \$28,667,200  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                      |                     |                                  | \$18,969,600  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                             |                                      |                     |                                  | \$4,195,200   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                             |                                      |                     |                                  | \$9,697,600   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             |                                      |                     |                                  | 66%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 6017221140                                                                                                                                                                                                                                                   | \$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<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                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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 | Se realizan actividades de IVC a restaurantes localidades Krnnedy y Puente Aranda | Actas IVC                   |
| 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 aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |
| 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                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |
| 4. Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |
| 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 realiza entrega de cronograma                                                  | Archivo bcronograma digital |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | No aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |
| 8. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se mantiene la imagen institucional durante las intervenciones realizadas         | No aplica para este periodo |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se portan elementos de indentificación institucional                              | No aplica para este periodo |
| 10. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se cumple con la normativa de gestión documental                                  | No aplica para este periodo |
| 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 guarda completa confidencialidad sobre la información a la que se tiene acceso | No aplica para este periodo |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No aplica para este periodo                                                       | No aplica para este periodo |

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 GENERALES DEL APORTANTE                                             |                           |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA      | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52518244             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | ANA MARIA MOSER CASTANEDA |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL   | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 27A N 42-49           | TELÉFONO: 2683429                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE          | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                   | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                     |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                        |                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>6017221140</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: abril        | PERIODO COTIZACIÓN MES: abril      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 16                |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/05/29        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 344448844     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                    |            |              |
|-----------------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                       |        |                    | TOTALES    |              |
|                       |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1          | \$ 301.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 301.100   |
|                       |        |                    |            |              |
| SALUD                 |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8001309074            | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1          | \$ 235.200   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 235.200   |
|                       |        |                    |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8909037905            | 14-11  | 14-11 - ARL SURA   | 1          | \$ 46.000    |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 46.000    |
|                       |        |                    |            |              |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA:      | \$ 575.500        |
| VALOR MORA:          | \$ 6.800          |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 582.300</b> |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA**

**C.C 52518244 DE BOGOTÁ**

La suma de Cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos (4.195.200), por concepto de servicios como (Médica Veterinaria) en el proceso transversal Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 01 al 30 de Junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios número de contrato 26-2026.

*Anamaria Moser C*

**ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA**

**C.C 52518244 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE Ahorros banco Davivienda**

**NUMERO 009900248817**

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



**DANIEL CASTILLO CAICEDO**

**Apoyo a la supervisión**

**Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental**



14832583-98be-4d4d-9f44-828d74b094ef

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Anamaria Moser***

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: 74,50 %

30 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director

