

					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:			Lady Carolina Chaverra Rodriguez					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1010962559
CORREO ELECTRONICO:			ladychaverra4@gmail.com			CELULAR:		3017473801
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ADM SERVICIOS GENERALES SEDE ADMINISTRATIVA FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO01R13	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570488472411138				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4068			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1083	FECHA	2026-05-11 09:09:37.000	NÚMERO DE CRP	17297	FECHA	2026-05-15 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,374,104				
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo			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:						\$6,805,576		
VALOR EJECUTADO						\$3,561,154		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,374,104		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,244,422		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						52%		
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		
90513294	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA 51880269 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
Aplicar, mensualmente las lista de chequeo de las obligaciones de los contratos tercerizados (vigilancia, aseo y lavandería) en las unidades asignadas, para verificar calidad, cumplimiento y oportunidad.	Diligenciamiento de listas de chequeo en sedes asignadas	Listas de chequeo diligenciadas
Realizar mensualmente encuestas de satisfacción en las unidades asignadas de los procesos de aseo, vigilancia y lavandería.	Diligenciamiento de listas de satisfacción de las sedes asignadas	Encuestas realizadas
Verificar el estado de las instalaciones y realización de actividades de las empresas tercerizados en cada una y reportar a su inmediato superior las novedades registradas.	Verificación de novedades de infraestructura que afectan la operación	Reporte de las novedades
Supervisar la recepción, almacenamiento y kárdex de los insumos entregados por la empresa de Aseo, Limpieza, Desinfección y Cafetería en cada una de las unidades asignadas; así como el suministro oportuno en cada servicio.	Verificación de entrega de insumos y registro correspondiente en kardex	Kardex diligenciado y verificación de remisiones
Verificar el libro de control de ingreso de los operarios de Aseo y Vigilancia; registrando y reportando a su inmediato superior, las novedades presentadas. Verificar el cumplimiento del talento humano asignado para cada unidad y reportar, con oportunidad mensualmente, los ausentismos encontrados.	Revisión de bitácoras para garantizar la prestación de los turnos contratados	Se realizó la certificación de los registros de la bitácora y se hizo conteo para descuentos
Resolver las solicitudes, novedades e inconvenientes presentados en las unidades asignadas de acuerdo a su alcance y en su defecto reportarlas a su inmediato superior.	Realizar recorrido con el fin de identificar necesidades en el servicio	Realizó recorrido y se reportaron las novedades encontradas, se gestionaron las posible a solucionarse
Realizar acompañamiento mensual de entrega de insumos por la empresa tercerizada y seguimiento de disponibilidad en cada servicio de las unidades asignadas.	Realizar la entrega de insumos junto con proveedor	Realizar acompañamiento y verificación de entrega de insumos
Verificar el óptimo funcionamiento de los equipos utilizados por la empresa tercerizada para la realización de las actividades en cada unidad asignada.	Verificar que en las unidades se cuenten con los equipos y elementos necesarios necesarios para la operación	Se realizo recorrido y se verifico el estado óptimo de los elementos y medios tecnológicos para la prestación del servicio
Realizar control y seguimiento al cumplimiento de agenda y realización de servicios especiales (Mantenimiento de jardines y césped.	Realizar seguimiento a cronograma de actividades	Se verifico la ejecución de actividades y se reportaron novedades frente al servicio
Realizar revisión y seguimiento de la entrega de ropa hospitalaria, consolidar la información el inventario de ropa que se encuentra en circulación de las sedes asignadas y proceder a informar las necesidades al supervisor del contrato.	Verificar la suficiencia de ropa hospitalaria así como el estado de la misma	Se realizo recorrido y se reportaron novedades al respecto
Realizar y verificar la información de las planillas de kilos diarios para el respectivo soporte de la factura mensual de las sedes asignadas.	Verificar la información de planilla y reporte de novedades	Verificar la información de planilla y reporte de novedades
Realizar tareas administrativas según la necesidad del servicio y/o proceso.	Realizar tareas administrativas del proceso	Soportes mensuales

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
51880269
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A: LADY CAROLINA CHAVERRA RODRIGUEZ

C.C. 1010962559 DE BOGOTA

La suma de: DOS MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUATRO MCTE (\$2.374.104), por concepto de: Prestación de Servicios, del área de Servicios Tercerizados como Auxiliar Técnico I durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4068-2026.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lady R.', is written over a faint grid pattern.

LADY CAROLINA CHAVERRA RODRIGUEZ

C.C. 1010962559 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A

NUMERO 570488472411138

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010962559	LADY CAROLINA CHAVERRA RODRIGUEZ	carrera 18p #63c-24 sur	3017473801	ladychaverra4@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90513294	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$271.600	

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	116.800	0		0		0	1	100	0	116.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	149.500	0	0	0	0	1	200	0	149.700	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	4.900				4.900	1	100	5.000			49	5.000	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	116.800	116.900
Pensión	1	149.500	149.700
Riesgos Laborales	1	4.900	5.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.200	271.600

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90513294	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$271.600	

[illegible]