

					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:			WILBOR ANDRES MOSQUERA PINTO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		15370614
CORREO ELECTRONICO:			wilborjr@gmail.com			CELULAR:		6941271
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K29	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4070238581				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3475			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1102	FECHA	2026-05-12 10:22:41.000	NÚMERO DE CRP	20927	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-07-01			2026-07-31	
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:						\$19,018,240		
VALOR EJECUTADO						\$19,018,240		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,195,200		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
93510762	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO 52777157 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
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 telefónico mediante sesiones a gestantes y lactantes, y registro diario de actividades en Drive. Se diligencia reporte semanal de acciones del mes correspondiente. Se diligencia cronograma semanal de actividades en Drive. Se elabora informe mensual de actividades	Informe diario en medio electrónico. Fichas de sesiones con gestantes y lactantes. Cronograma semanal de actividades en Drive, Reporte Semanal, Informe Mensual de actividades.
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.	Se participa en reunión de equipo del Entorno Educativo el día asignado al mes correspondiente. Se realiza alistamiento de la auditoría del período comprendido para el mes correspondiente	Actas y listados de asistencia a las actividades relacionadas en esta obligación contractual.
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 se programan actividades en este mes	No aplica
Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Se llevan a cabo actividades según directrices asignadas.	Actas y listados de asistencia a las actividades relacionadas en esta obligación contractual.
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.	Se dio cumplimiento al foro taller asignado.	Actas y listados de asistencia a las actividades relacionadas en esta obligación contractual.
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 efectúa entrega digital del Informe de actividades del periodo correspondiente.	Reporte de sesiones señalado en Drive
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.	Preparar auditoria en conjunto con la referente del entorno, permitiendo minimizar cualquier hallazgo negativo en la auditoria.	Acta de reunión de revisiones y alistamiento de preauditoria.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Se llevo a cabo el uso adecuado de los elementos pertenecientes a la institución.	Uso de carnet institucional.
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 llevo a cabo el uso adecuado de los elementos pertenecientes a la institución	Insumos otorgados por la institución
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Se da cumplimiento con las sesiones individuales, estipuladas como meta para el mes correspondiente. Se realiza seguimiento telefónico mediante sesiones a gestantes y lactantes, y registro diario de actividades en Drive. Se diligencia reporte semanal de acciones al mes correspondiente. Se diligencia cronograma semanal de actividades en Drive. Se elabora informe mensual de actividades	sesiones desarrolladas, debidamente soportadas en las fichas de caracterización de gestantes y lactantes. Informes diario en medio electrónico. Fichas de sesiones con gestantes y lactantes. Cronograma semanal de actividades en Drive, Reporte Semanal, e informe Mensual.
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 realizaron atención a las usuarias reportadas por drive y se realizo registro de atención en el drive asignado por la referente donde se protege la información consignada de cada uno de los usuarios atendidos.	Registro en Drive de las atenciones realizadas a los usuarios.
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	Participar de reuniones técnicas y de apoyo a la gestión del convenio solicitadas por la referente en los días y tiempos estipulados	registro de asistencia que evidencia la participaciones de los encuentros o actividades solicitadas por la referente.

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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
LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBEA:

WILBOR ANDRES MOSQUERA

PINTO

CC15.370.614 DE MEDELLIN

La suma de **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS PESOS** M/Cte, \$4.195.200, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II en el entorno EDUCATIVO, durante el periodo de 01 al 31 de JULIO de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3475-2026.

NOMBRE WILBOR ANDRES MOSQUERA PINTO

C.C 15.370.614 DE MEDELLIN

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004070238581

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 01 al 31 de JULIO de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



ELIANAYASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión Líder Local FONTIBON

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	15370614	WILBOR ANDRES MOSQUERA PINTO	Cra 72a #11b-18 APTO 404 BLOQUE 2	3186151775	wilborjr@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93510762	22/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$549.400	

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	19	3,100	0	222,000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280,200	0	0	0	0	19	3,900	0	284,100	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	19	600	43.300			427	43.300	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	222.000
Pensión	1	280.200	284.100
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	549.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	15370614	WILBOR ANDRES MOSQUERA PINTO	Cra 72a #11b-18 APTO 404 BLOQUE 2	3186151775	wilborjr@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93510762	22/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$549.400	

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	Cotiz. exterior	ENG	RET	TIE	TAE	TAP	VSP	VST	SLN	UNE	VAC	ANP	VCT	INL	CORRECCION	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 15370614	MOSQUERA PINTO WILBOR ANDRES	59	0		N						X									230201	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

PAGADA