

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                             | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | luis fernando cassiani casseres                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                   | X                           | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1143234150 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | luisfernandocassianicasseres@gmail.com                |                             |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3217944009 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                       |                             | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR<br>ASUNCION BOCHICA |                             |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46V07-15        | 100                       |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BBVA COLOMBIA S.A         |                                                       |                             | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 37220597                                              |                             |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5978                      |                                                       |                             | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1099              | FECHA                     | 2026-05-12<br>10:05:29.000                            | NÚMERO DE CRP               | 18056                            | FECHA         | 2026-05-28<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                 | FECHA INICIAL<br>2026-06-01 |                                  | HASTA         | FECHA FINAL<br>2026-06-30                                                           |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                       | \$2,980,800                 |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial               |                                                       | 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. |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                       |                             |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                       |                             | VALORES                          |               |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                       |                             | \$29,808,000                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                             | \$17,884,800                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                       |                             | \$2,980,800                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                             | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                       |                             | \$11,923,200                     |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                       |                             | 60%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC                               | NIVEL ARL                   | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 1082022924                                                                                                                                                                                                                                                   | \$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<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 por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, 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. | Realizar revision de la entrega de 10 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 10 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 5 y 7 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar<br>Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Participar en jornadas de SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                          | Actas y listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 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                                                                                                                                                                                                                                          | Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                  | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar<br>Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia |
| 4.- 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Asistir y participar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                | Actas y Listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 5.- Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e 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.                                                                                                                             | Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred                                        | Actas y Listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 6.- Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o port entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                         | Actas y Listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 7.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                         | Actas y Listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 8.- 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.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                         | Actas y Listados de asistencia de Participacion                                                                                                                                                 |
| 9.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Realizar revision de la entrega de 10 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 10 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 5 y 7 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar<br>Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia |
| 10.- El contratista guardará 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                                                                                                                                                                                                   | Realizar revision de la entrega de 10 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 10 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 5 y 7 sesiones de medicina ancestral | Prestar siempre actividades cuidando la imagen Institucional                                                                                                                                    |
| cumplir con las demas actividades y apoyos que sean requeridas por el supervisor del contrato o de quien haga a su veces y esten relacionadas con el objeto del mismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar revision de la entrega de 10 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 10 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 5 y 7 sesiones de medicina ancestral | Porte de elementos Institucionales adecuadamente                                                                                                                                                |

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

PAGADO 09/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |                    |                  |
|---------------------|---------------------------------|--------------------|------------------|
| Razón Social        | LUIS FERNANDO CASSIANI CASSERES |                    |                  |
| Documento           | CC1143234150                    | Dirección          | CR 4 #1 - 46 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   | Teléfono           | 3217944009       |
| Tipo Persona        | NATURAL                         | Forma Presentación | ÚNICO            |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     | Departamento       | BOGOTA D.C.      |
| Representante Legal |                                 | Identificación     |                  |
| Total Afiliados     | 1                               | ARP                | ARL SURA         |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                 |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |          | Salud    |          |          | Riesgos           |              |                | Cajas             |              |              | Parafiscales |              |                |                       | Total        |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|---------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|----------|----------|----------|----------|-------------------|--------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres             | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | SVT | SGR | IME | UMA | UAP | VCT       | IND | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días CCF | Administradora    | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora    | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora        | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1143234150      | LUIS FERNANDO CASSIANI CASSERES | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     | 0        | 30       | 30       | 30       | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905 | \$ 280.200     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.750.905 | \$ 218.900   | 2.436        | \$ 1.750.905 | \$ 42.700      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 1.750.905 | \$ 35.100   | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 576.900 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 35.100     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 576.900                     | \$ 0                    | \$ 576.900  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A:**

**LUIS FERNANDO CASSIANI CASSERES**

**CC: 1143234150 de BARRANQUILLA**

La suma dos millones novecientos ochenta mil ochocientos pesos Mcte) (\$**2.980.800**), por concepto de servicios como TECNICO AMBIENTAL, en el marco del convenio Equipos Mas Bienestar, durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No** 5978-2026



**Luis Fernando Cassiani Casseres  
C.C 1143234150 DE Barranquilla  
CUENTADEAHORROS BANCOBBVA  
NUMERO 037000200220597**

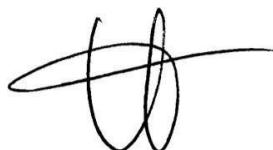
**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de JUNIO 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como profesional de apoyo**



---

**ESMERALDA AVILA SÁNCHEZ  
Profesional de apoyo EMBH**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

## PANTALLAZO SECOP II

Agencia Nacional de Contratación Pública

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a UTC -5 10:25:40 Luis Fernando Cas...

Ver contrato

1 Información general  
2 Condiciones  
3 Bienes y servicios  
4 Documentos del Proveedor  
5 Documentos del contrato  
6 Información presupuestal  
7 Ejecución del Contrato  
8 Modificaciones del Contrato  
9 Incumplimientos

**Datos guardados**

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción         | Nombre del archivo  | Cargado por                 |
|--------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SEPTIEMBRE 2025.pdf | SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | OCTUBRE 2025.pdf    | OCTUBRE 2025.pdf    | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | NOVIEMBRE 2025.pdf  | NOVIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DICIEMBRE 2025.pdf  | DICIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | ENERO 2026.pdf      | ENERO 2026.pdf      | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 2026.pdf    | FEBRERO 2026.pdf    | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 2026.pdf      | MARZO 2026.pdf      | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL 2026.pdf      | ABRIL 2026.pdf      | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2026.pdf       | MAYO 2026.pdf       | Proveedor Descargar Detalle |

17°C Mayorm. nublado

Buscar

ESP LAA

10:25 a. m. 25/06/2026

  
e8963228-666-4e03-b2-42748d797686

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

**Luis Casseres**

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: 100,00 %

22 de junio de 2026

  
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director

  
Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Región de las Américas

  
OPS  
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

