

					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:			DIANA MILENA MENDEZ R					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		36068794
CORREO ELECTRONICO:			dianamendez18@hotmail.com			CELULAR:		2886794
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR LABORAL - FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K28	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7380755038				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6020			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1520	FECHA	2026-07-09 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	26462	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-07-01			2026-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,483,200				
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:						\$63,593,200		
VALOR EJECUTADO						\$56,322,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,483,200		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$7,271,200		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						89%		
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		
37679150	\$2,193,280	\$274,160	\$350,925	3	\$53,428	\$678,513		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

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.	Realizar 80 actividades del producto asesoría en salud a empresas formales, informes del mes. Tablero de indicadores y todos los requeridos o solicitados	Actas de ejecución, correos: 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,14,15,16,17,18,21,22,23,24,27,28,2
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.	Se participo en la jornada nacional de vacunación localidad puente aranda	Acta 25 /07/2026
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.	Demanda inducida a jornadas, canalizaciones y eventos en salud publica	Acta de desarrollo en las educaciones en salud del producto:1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,14,15,16,17,18,21,22,23,2
Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, 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.	Seguimiento a demanda, canalizaciones y notificaciones de la poblacion trabajadora identificada	Se realizo 6 canalizaciones localidad fontibon
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.	Participacion en reuniones convocadas	Actas de participacion a reuniones, asistencias tecnica: 01, 10, 14, 23, 31/07/2026
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.	Alistamiento de soporte y demas productos a presentar mes mayo y junio	Acta de alistamiento de auditoria: 31 julio 2026
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Durante el mes de Julio. No se envia correo a lider y referente	Durante el mes de Julio. No se envia correo a lider y referente
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.	Uso de elementos institucionales en las acciones a desarrollar	Se porta de manera continua, permanente, adecuado para una buena imagen institucional en las actividades desarrolladas
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Se realiza gestion documental en magnetico según el producto	Se cuenta con un repositorio magnetico de actas en el producto realizado
Guarda 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 garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato	Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.
Realizar seguimiento operativo en campo para verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los OPS de su entorno; así como la correcta aplicación de los acuerdos contractuales, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.	Para este mes no se conto con acompañamiento en campo	Para este mes no se conto con acompañamiento en campo
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 de este	Todas las actividades requeridas por supervisor	Se cumplio con todas las actividades solicitadas durante el mes

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.

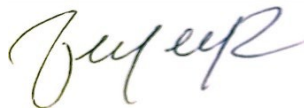
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ
C.C 36068794 DE NEIVA

La suma de Cinco Millones Cuatrocientos ochenta y tres mil doscientos pesos M/TE, (5.483.200), por concepto de servicios como como Profesional Especializado No 4– (especialista en salud ocupacional) en el entorno cuidador Laboral, durante el periodo del 1 al 31 de Julio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6020-2025



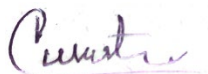
DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ

C.C 36068794 DE NEIVA HUILA

CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380755038

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 1 al 31 de Julio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



MARIBEL CORTES SUAREZ

Apoyo a la supervisión

Líder localidad de Puente Aranda



1711fc2e-be11-4c88-b126-a333325acc3c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Diana Milena Mendez Ramirez

ha participado y aprobado el:

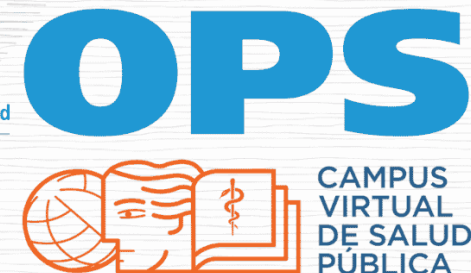
**Curso básico de prevención y control de
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 89,00 %

19 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **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		
☐	Cuenta cobro Octubre 2025-C6020.pdf	Cuenta cobro Octubre 2025-C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta cobro Noviembre 2025-C6020.pdf (Archivado)	Cuenta cobro Noviembre 2025-C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Cobro Noviembre 2025-C6020.pdf	Cuenta Cobro Noviembre 2025-C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Cobro Diciembre 2025-6020.pdf	Cuenta Cobro Diciembre 2025-6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	Cuenta cobro Enero 2026- C6020.pdf	Cuenta cobro Enero 2026- C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro febrero 2026- C6020.pdf	Cuenta cobro febrero 2026- C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro Marzo 2026- C6020.pdf	Cuenta cobro Marzo 2026- C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro Abril 2026 - C6020.pdf	Cuenta cobro Abril 2026 - C6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro mayo 2026- C 6020.pdf	Cuenta cobro mayo 2026- C 6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro Junio 2026- C 6020.pdf	Cuenta cobro Junio 2026- C 6020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >



RAZÓN SOCIAL :	DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-36068794
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-24
FECHA DE PAGO:	2026-07-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37679150
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37679150
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS	1	\$ 4.270.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 533.900	\$ 533.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 4.270.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 683.300	\$ 683.300
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 4.270.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 104.100	\$ 104.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.321.300	\$ 1.321.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/08/2026
----------------------------------	------------