

					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:			Ana Rosa del Pilar Perea Mena					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		51883291
CORREO ELECTRONICO:			anarosaperea25@gmail.com			CELULAR:		3136533702
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU46V07-15	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			10806956509				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5703			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1519	FECHA	2026-07-09 15:50:46.000		NÚMERO DE CRP	27602	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		GESTOR ANCESTRAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-07-01			2026-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,410,400			
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.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$26,514,400		
VALOR EJECUTADO						\$26,514,400		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,410,400		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
1082642637	\$964,160	\$120,520	\$154,266	3	\$23,487	\$298,273		
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
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	Familias Seguimientos Presenciales 27, sesiones Colectivas 4, sesiones de medicina Ancestral 8.	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia
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 la ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud	Actas y listados de asistencia
- 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. Información	Actas y listados de asistencia, Formato de Canalizaciones
- Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaría Distrital de Salud o por la Subred	Reunión mensual de equipo de abordaje étnico diferencial y participación en la reunion y las que sean citadas por SDS u otras instancias	Actas y Listados de Asistencias de Participación
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	Familias Seguimientos Presenciales 27, sesiones Colectivas 4, sesiones de medicina Ancestral 8.	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia
6.- 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	Familias Seguimientos Presenciales 27, sesiones Colectivas 4, sesiones de medicina Ancestral 8.	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia
7.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Cumplir con actividades, presentación personal, gestión de quejas y reclamos	Actas de verificación, corrección, realización de gestión de solicitudes, listado de realización de actividades, Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social
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	Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente de la ejecución de acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad.	Cumplir con actividades, presentación personal, gestión de quejas y reclamos
. 9.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Realizar actividades y entrega de soportes con calidad	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar 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	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y listados de asistencia
11.- 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 en la ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud	Actas y listados de asistencia

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:

ANA ROSA DEL PILAR PEREA MENA

CC: 51883291 de Bogotá

La suma de dos millones cuatrocientos diez mil cuatrocientos pesos Mcte) (\$2.410.400), por concepto de servicios como GESTORA ANCESTRAL, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 1 al 31 de julio del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5703-2025**



ANA ROSA DEL PILAR PEREA MENA

C.C. 51883291 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 10806956509

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



ESMERALDA AVILA SÁNCHEZ

Líder operativo

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



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA

**Apoyo a la supervisión Equipos
Más Bienestar en tu Hogar**

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

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		
☐	OCTUBRE 2025.pdf (Archivado)	OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Octubre Ana Rosa.pdf	Secop Ana Rosa Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Noviembre Ana Rosa .pdf	Secop Ana Rosa Noviembre .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE 2025.pdf	DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO.pdf (Archivado)	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	51883291 ENERO 2026.pdf	51883291 ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SECOP FEBRERO.pdf	SECOP FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo.pdf	marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO.pdf	MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	junio.pdf	junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Borrar

Cargar nuevo

PAGADO 09/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA ROSA DE PILAR PEREA MENA			Dirección	DG 16 SUR #40 - 91
Documento	CC51883291			Teléfono	3229140180
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

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	TDE	TDP	TAP	TAF	USP	COR	USI	IGE	LVA	VAC	AVP	ACT	IRP	Días ARP	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 51883291	ANA ROSA DEL PILAR PEREA MENA	59	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

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	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800