

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        | 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         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | JAIME FABIAN FONSECA BARRERA    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                             | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1013650595                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | fabifonseca0107@gmail.com       |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3091254                    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32              | 100                      |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                 |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 477300069499                    |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 19                       |                                 |                        | VIGENCIA                         |             | 2026                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1520                 | FECHA                    | 2026-07-09<br>15:51:57.000      |                        | NÚMERO DE CRP                    | 26343       | FECHA                                                                               | 2026-07-31<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | TECNICO 1                |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | DESDE                    | FECHA INICIAL                   |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          | 2026-07-01                      |                        |                                  | 2026-07-31  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                 |                        | \$2,980,800                      |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                 |                        | \$26,670,600                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        | \$20,433,598                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                 |                        | \$2,980,800                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                 |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                 |                        | \$6,237,002                      |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                 |                        | 77%                              |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 9507452349                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,192,320          | \$149,040                |                                 | \$190,771              | 3                                | \$29,045    | \$368,856                                                                           |                            |
| 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<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 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. | Se realiza intervencion en bloqueo de acuerdo a la notificacion en los eventos en interes de salud publica y que por lineamiento deben ser abordados desde el equipo de bloqueo                                                                                                                                            | soportes de registro de BAC, SIS de menores, SIS adultos y consolidado final                                                                                                     |
| 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 realiza de acuerdo a la programacion indicada por cada uno de los lideres                                                                                                                                                                                                                                               | Soporte de acta y listado de asistencia                                                                                                                                          |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                      | Se brinda sensibilizacion a la poblacion abordada en la BAC en cuanto sintomatologia relacionada con el evento notificado y esquema de vacunacion                                                                                                                                                                          | Soporte BAC y consolidado final                                                                                                                                                  |
| 4. Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza una entrega diaria y semanal de los productos realizados del proceso                                                                                                                                                                                                                                            | Soporte de acta y listado de asistencia                                                                                                                                          |
| 5. 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 realiza de acuerdo a la programacion indicada por cada uno de los lideres<br>Soporte de acta y listado de asistencia<br>Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. Se brinda informacion a la comunidad | Soporte de acta y listado de asistencia                                                                                                                                          |
| 6. 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 realiza asistencia en preauditoria validando que los soportes esten completos, con calidad y oportunidad                                                                                                                                                                                                                | Soporte de acta y listado de asistencia                                                                                                                                          |
| 7. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 7. 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.                                                                                                                                             | Se realiza intervencion en bloqueo de acuerdo a la notificacion en los eventos en interes de salud publica y que por lineamiento deben ser abordados desde el equipo de bloqueos |
| 8. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Uso adecuado de uniforme, carnet y chaqueta, uso adecuado de papeleria dada                                                                                                                                                                                                                                                | Uso adecuado de uniforme, carnet y chaqueta, uso adecuado de papeleria dada                                                                                                      |
| 9. 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 adecuado de la papeleria entregada                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Soportes entregados de BAC y SIS                                                                                                                                                 |
| 10. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza de acuerdo a la programacion                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Soporte de acta y listado de asistencia                                                                                                                                          |
| 11. 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.                                                                                                                                                                                                               | Uso adecuado de la papeleria con la informacion brindada por parte de los usuarios                                                                                                                                                                                                                                         | soportes en fisico y digital de los formatos                                                                                                                                     |
| 12. 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."                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | asistir y cumplir con las actividades requeridas por el supervisor                                                                                                                                                                                                                                                         | Soporte de acta y listado 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

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

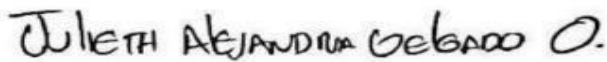
DEBE A:  
JAIME FABIAN FONSECA BARRERA  
CC 1.013.650.595 de Bogotá

La suma de \$ 2.980.800 dos millones novecientos ochenta mil ochocientos pesos, por concepto de servicios prestados como técnico 1 en el proceso de Vigilancia en Salud pública durante el periodo de 1 al 31 de julio del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 19-2026



JAIME FABIAN FONSECA BARRERA  
CC 1013650595 de Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA  
NUMERO 47730069499

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



**Julieth Alejandra Delgado Ospina**  
Líder de Proceso Transmisibles Vigilancia en Salud Pública



**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**  
Referente Vigilancia en Salud Pública



bc361911-a35c-42ba-9d20-a1a2a1fab9cc

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***JAIME FABIAN FONSECA BARRERA***

ha participado y aprobado el:

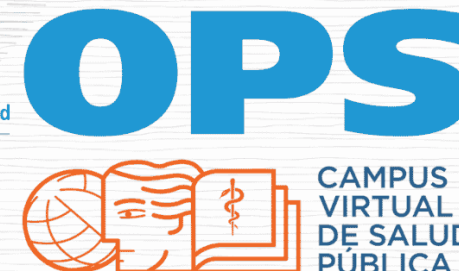
**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

26 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                   |                     |                  |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono         | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1013650595                     |         | JAIME FABIAN FONSECA BARRERA | INDEPENDIENTE   | Principal          | Dg 31B Sur 24B 93 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3016714768       | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                   |                     |                  |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               | Fecha             |                     | Pago             |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Limite            | Pago                | Banco            | Dias Mora             | Valor     |
| 2026-06                           | 2026-06 | 463931300                    | 9507452349      | I                  | 2026/07/24        | 2026/07/08          | BANCO DAVIVIENDA | 0                     | \$541,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |               |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |         |        |      |             |              |      |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|---------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|---------|--------|------|-------------|--------------|------|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION       |        |             | SALUD       |           |        |             | CCF         |           |      |     | RIESGOS |        |      |             | PARAFISCALES |      |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo        | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte  | Codigo | Días | IBC         | Aporte       | Días |
| Sucursal: Principal (1 Afiliados)                |                |            |               |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0     |        |      | \$1,750,905 | \$42,700     | \$0  |
| Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)      |                |            |               |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0     |        |      | \$1,750,905 | \$42,700     | \$0  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |               |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0     |        |      | \$1,750,905 | \$42,700     | \$0  |
| 1                                                | CC             | 1013650595 | FONSECA JAIME | 231001 | 30          | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS005 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 | 0    |     | \$0     | 14-11  | 30   | \$1,750,905 | \$42,700     | 0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |               |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0     |        |      | \$1,750,905 | \$42,700     | \$0  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1013650595                 |    | JAIME FABIAN FONSECA BARRERA | INDEPENDIENTE   | Principal          | Dg 31B Sur 24B 93 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3016714768 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2026-06                           | 2026-06 | 463931300 |  | 9507452349 | I        | 2026/07/24 | 2026/07/08 | BANCO DAVIVIENDA | \$541,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200       | \$0            | \$0                    | \$280,200     |  |
| COLFONDOS                | 231001 | 800,227,940 | 6  | 1         | \$280,200       | \$0            | \$0                    | \$280,200     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700        | \$0            | \$0                    | \$42,700      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700        | \$0            | \$0                    | \$42,700      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900       | \$0            | \$0                    | \$218,900     |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$218,900       | \$0            | \$0                    | \$218,900     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$541,800       | \$0            | \$0                    | \$541,800     |  |