

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ

C.C 52304848 DE BOGOTA

La suma de CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE) \$4.195.200 por concepto de servicios como TERAPEUTA OCUPACIONAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el entorno CUIDADOR INSTITUCIONAL, durante el periodo del **1 al 31 de Julio de 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 6109-2025**



JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ

C.C 52304848 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 24763741865

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



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Líder Local Fontibón
Entorno INSTITUCIONAL



689e0870-a3e3-4faf-b79f-50f5b4742568

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ

ha participado y aprobado el:

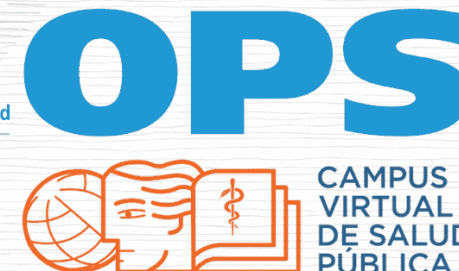
**Curso básico de prevención y control de
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 93,00 %

16 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

Cancelar

< Evaluación del comprador >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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 6109-2025.pdf	OCTUBRE 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ NOVIEMBRE 6109-2025.pdf	NOVIEMBRE 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ DICIEMBRE 6109-2025.pdf	DICIEMBRE 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ ENERO 6109-2025.pdf	ENERO 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ FEBRERO 6109-2025.pdf	FEBRERO 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ MARZO 6109-2025.pdf	MARZO 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ ABRIL 6109-2025.pdf	ABRIL 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ MAYO 6109-2025.pdf	MAYO 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ JUNIO 6109-2025.pdf	JUNIO 6109-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Eliminar seleccionados Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación del comprador >

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52304848	JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ		Calle 27B sur # 37-19 Apartamento 403	6017951980	YEIMY174@YAHOO.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92988202	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	35.100	0	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52304848	JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ		Calle 27B sur # 37-19 Apartamento 403	6017951980	YEIMY174@YAHOO.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92988202	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VSP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52304848	LARA MARTINEZ JEIMY LISBETH	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

					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:			JEIMY LISBETH LARA MARTINEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52304848
CORREO ELECTRONICO:			yeimylara1977@gmail.com			CELULAR:		3005561851
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K27-2	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24763741865				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6109			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1520	FECHA	2026-07-09 15:51:57.000		NÚMERO DE CRP	26543	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01			2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,195,200			
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$46,147,200		
VALOR EJECUTADO						\$41,952,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,195,200		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,195,200		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						91%		
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	
92988202	\$1,678,080	\$209,760		\$268,493	3	\$40,878	\$519,131	
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.	Se realizaron las siguientes acciones correspondientes a implementaciones de planes de bienestar, tamizajes y seguimientos en las siguientes instituciones de la localidad de Bosa y Kennedy: Ciom Bosa, UPI BOSA, Casa de la Sabiduría Porvenir, Centro día Campo verde, Centro día Rincon Intercultural, HCB Los Canguritos, HCB La Casita Encantada, HCB Pequeñines , HCB Goticas de Amor, HCB Mi Mundo Mágico, HCB El Caracolito, HCB Semillitas de Dios, HCB Manitas Traviesas, HCB Hogar Paula 1, HCB Hogar Paula 2 ,HCB Caperucita Roja, HCB Mis Primeros Pasos, Sidicu Bosa, Casa de Justicia Kennedy, IPM Casa Hogar Jesús Mi Señor.	1. Actas, Base de datos, Cronograma, Informe, Formato de identificación del riesgo en instituciones
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.	Asistencia a jornadas locales y distritales de acuerdo al cronograma de SDS. 2 Julio : Reunión Institucional 7 Julio : Conversatorio Asegurate Protocolo De Perdida Y Fuga 14 Julio: Prescripción Social universidad El Bosque 24 Julio: Reunión de equipo Loc. Fontibon y asistencia técnica	2. Actas, Formatos, Listados.
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 realizaron acciones encaminadas a implementar planes de bienestar, tamizajes y seguimientos en las siguientes instituciones de la localidad de Bosa y Kennedy: Ciom Bosa, UPI BOSA, Casa de la Sabiduría Porvenir, Centro día Campo verde, Centro día Rincon Intercultural, HCB Los Canguritos, HCB La Casita Encantada, HCB Pequeñines , HCB Goticas de Amor, HCB Mi Mundo Mágico, HCB El Caracolito, HCB Semillitas de Dios, HCB Manitas Traviesas, HCB Hogar Paula 1, HCB Hogar Paula 2 ,HCB Caperucita Roja, HCB Mis Primeros Pasos, Sidicu Bosa, Casa de Justicia Kennedy, IPM Casa Hogar Jesús Mi Señor.	3. Actas, Base de datos, listados, Cronograma, Informe, Formato de identificación del riesgo en instituciones, canalizaciones .
Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Se realizaron acciones encaminadas a desarrollar implementaciones de planes de bienestar, tamizajes y seguimientos en las siguientes instituciones de la localidad de Bosa y Kennedy: Ciom Bosa, UPI BOSA, Casa de la Sabiduría Porvenir, Centro día Campo verde, Centro día Rincon Intercultural, HCB Los Canguritos, HCB La Casita Encantada, HCB Pequeñines , HCB Goticas de Amor, HCB Mi Mundo Mágico, HCB El Caracolito, HCB Semillitas de Dios, HCB Manitas Traviesas, HCB Hogar Paula 1, HCB Hogar Paula 2 ,HCB Caperucita Roja, HCB Mis Primeros Pasos, Sidicu Bosa, Casa de Justicia Kennedy, IPM Casa Hogar Jesús Mi Señor.	4. Actas, Formatos, Listados.
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.	Asistencia a jornadas locales y distritales de acuerdo al cronograma de SDS. 2 Julio : Reunión Institucional 7 Julio : Conversatorio Asegurate Protocolo De Perdida Y Fuga 14 Julio: Prescripción Social universidad El Bosque 24 Julio: Reunión de equipo Loc. Fontibon y asistencia técnica	5. Actas, Formatos, Listados.

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 realizan ajustes de acuerdo a los requerimientos con criterios de calidad exigidos por la SDS. Se revisa y se entregan los soportes con calidad de acuerdo a la programación.	6. Actas, formatos, listados, cronograma.
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.	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS	7. Actas, Formatos, Listados.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Acciones y comportamientos que reflejan los valores, la misión y la visión de la institución.	8. Actas, Formatos, Listados.
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.	Compromiso con la identidad institucional y la responsabilidad en la gestión de recursos, contribuyendo a un impacto positivo en las instituciones visitadas.	9. Carnet y chaqueta institucional, actas, formatos y listados.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS	10. Actas, Formatos, Listados.
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.	Implementar las medidas necesarias para proteger los datos personales y asegurar su manejo responsable y conforme a la normativa vigente, contribuyendo así a la protección de la privacidad y confidencialidad de la información.	11. Actas, Formatos, Listados.
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.	Mantener una comunicación efectiva y constante con el supervisor del contrato o la persona designada, asegurándose de entender claramente las tareas adicionales o apoyos solicitados relacionadas con el objeto del contrato.	12. Actas, Formatos, Listados.
Garantizar que toda la información que intercambian las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA	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	13. 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.

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