

					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:			ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1012444995
CORREO ELECTRONICO:			jazz-1070@hotmail.com			CELULAR:		6017757670
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EBEH ASUNCION BOCHICA - ATENCIONES INDIVIDUALES			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU46V07-16	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570004570218075				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4063			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1519	FECHA	2026-07-09 15:50:46.000	NÚMERO DE CRP	27552	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:				\$4,140,983				
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:						\$11,280,608		
VALOR EJECUTADO						\$7,139,625		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,140,983		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,140,983		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						63%		
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		
93383180	\$1,713,510	\$214,189	\$274,162	3	\$41,741	\$530,091		
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 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.	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.	Actividades desarrolladas según perfil y lineamientos institucionales
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.	Apropiar el presupuesto asignado al convenio, garantizando su correspondencia con el plan operativo y los productos definidos; monitorear de forma continua la disponibilidad presupuestal en relación con el avance de las metas técnicas y administrativas	Registro de participación y reporte de actividades realizadas
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	Determinar, gestionar y realizar seguimiento a los procesos precontractuales, contractuales, las necesidades de bienes, servicios, insumos y talento humano requeridos para la operación efectiva de los equipos en territorio e Identificar las necesidades adicionales que deban ser gestionadas ante la Subred o la entidad territorial para garantizar el cumplimiento de las metas del convenio	Listado de asistencia y reporte de participación
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.	Planear la ejecución de los recursos aportados por la Subred en contrapartida, definiendo el esquema de cofinanciación correspondiente	Cronograma mensual e informes aprobados por el supervisor
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	Implementar y ejecutar los recursos de contrapartida aportados por la Subred, garantizando su correcta aplicación conforme a los compromisos establecidos	Presentar soportes y atender auditorías o requerimientos de control, soportes organizados y respuestas a observaciones entregadas
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	Implementar y ejecutar los recursos de contrapartida aportados por la Subred, garantizando su correcta aplicación conforme a los compromisos establecidos	Cumplimiento de normas de comportamiento y presentación institucional
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Realizar el alistamiento y presentación de soportes para la conciliación financiera, de acuerdo a convocatorias de la subred o de Secretaría Distrital de Salud.	Registro del uso y conservación adecuada de los recursos asignados
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	Validar la entrega de los productos establecidos en la minuta del convenio, asegurando el cumplimiento de los criterios definidos, los plazos pactados y la relación con los desembolsos efectuados, como cumplimiento a los compromisos específicos de la Subred	Entrega oportuna y organizada de la documentación requerida
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Retroalimentar a los actores involucrados (profesionales financieros, técnicos, administrativos, supervisores de la Subred y supervisores de la Secretaría Distrital de Salud) sobre los avances, desviaciones y resultados alcanzados	Declaración de confidencialidad y cumplimiento de políticas de datos
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	Retroalimentar a los actores involucrados (profesionales financieros, técnicos, administrativos, supervisores de la Subred y supervisores de la Secretaría Distrital de Salud) sobre los avances, desviaciones y resultados alcanzados	Declaración de confidencialidad y cumplimiento de políticas de datos

<p>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.</p>	<p>Implementar mecanismos que aseguren la trazabilidad de cada gasto, vinculándolo directamente con las acciones de bienestar ejecutadas. Analizar los hallazgos financieros y administrativos identificados en el control, definir acciones correctivas o preventivas y presentarlas a la supervisión del convenio, coordinadora y a la Secretaría Distrital de Salud para su revisión y aprobación.</p>	<p>Actividades adicionales desarrolla conforme a requerimientos</p>
<p>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

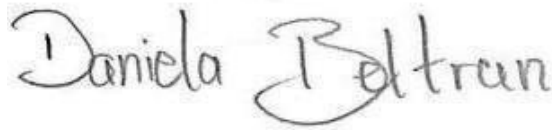
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO

CC 1012444995 de Bogotá

La suma de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE (\$4.140.983), por concepto de servicios como Profesional Universitario 2, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 1 al 31 de Julio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4063-2026**



ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO

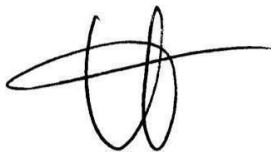
C.C 1012444995 de BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570004570218075

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 31 de Julio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos.

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

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 9:46:22

daniela beltran

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	CUENTA DE COBRO DE MAYO 2026 DANIELA.pdf	CUENTA DE COBRO DE MAYO 2026 DANIELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2026 DANIELA.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2026 DANIELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



591e03ea-2325-47fd-8e0a-766d314dff9a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Angie Daniela Beltran Cotrino

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 %

24 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012444995	ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO	DG 71D 77H 08	3043913424	jazz-1070@hotmail.com	
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93383180	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

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
231001	Colfondos	800227940-6	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	Total a Pagar	No. Afiliados

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012444995	ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO		DG 71D 77H 08	3043913424	jazz-1070@hotmail.com
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
		93383180	08/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SAJ	AGE	UJA	ASA	ASB	ASD	VCT	IRL	CORRECCION	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 1012444995	BELTRAN COTRINO ANGIE DANIELA		59	0		N																			231001	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		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0