Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	Leidy Lorena González espitia						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1007351627	
CORREO ELECTRONICO:	gonzaleslorena012@gmail.com				CELULAR:	3103075043	
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:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550008000831514				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	4873			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1592	FECHA	2026-07-16 15:49:48.000	NÚMERO DE CRP	23134	FECHA	2026-07-23 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	EQUIPOS Profesional Universitario 2						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-22		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$564,430				
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:	$5,769,728
VALOR EJECUTADO	$564,430
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$564,430
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,205,298
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	10%

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
1007351627	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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	lectura de lineamientos	acta de lineamiento
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	no programada	no programada para este mes
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	capacitacion de sistema operativo gtaps	el dia 27-07-2026
4.- 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.	induccion y reunion de equipo	23-07-2026 31-07-2026
5.- 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	no ejecutada en el mes	no ejecutada en el mes
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	no programada para en el mes	no programada en el mes
7.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	el buen trato a toda la comunidad educativa, dentro del respeto	comunicación asertiva a la comunidad
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.	hacer uso y porte del carnet institucional	hacer uso y porte del carnet institucional
9.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	no programada para este mes	no programada para este mes
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.	Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato	Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.
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	no programadas de este mes	no programada este mes

Copia Certificada
Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

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

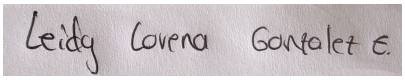
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A
LEIDY LORENA GONZALEZ ESPITIA

CC: 1007351627 DE BOGOTA

La suma de (**quinientos sesenta y cuatro mil cuatrocientos treinta**.) ($564.430), por concepto de servicios como (PROFESIONAL EN PSICOLOGIA), en el marco del convenio Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 22 al 31 de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4873-2026**



1007351627 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 008000831514

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 22 al 31 de julio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



Yorleny Beltrán Cangrejo
Líder Operativa

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



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión Equipos Mas Bienestar en tu hogar

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) | Sello asesor

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual ☐	A. Contributivo ☐	SI ☐	A. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐	
B. Reporte de Novedades ☐	• Cotizante o cabeza de Familia ☐ B. Colectiva ☐	B. Subsidiado ☐	No ☐	B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	B. Independiente ☐	
	• Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐				C. Pensionado ☐	
	D. De oficio ☐					

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
9. Tipo de documento de identidad ☐	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	Identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐
13. Nacionalidad			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personale

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ No ☐	
19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐	Clasificación Nivel ☐ Grupo	21. Grupo de especial	Administradora de
23. Administradora de Pensiones	Cotización - IBC	Contribución Solidaria	26. Residencia
Teléfono Fijo			
Municipio	Con	Zona Urbana / Rural	Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad ☐	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	Identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio		34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	39. Sexo biológico Masculino	Identificación F	M	T	NB	Otro	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI	47. Tiene encuesta SISBÉN NO	48. Clasificación Nivel	48. Clasificación Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio	Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-PMS-0001 - 001

Scanned with CamScanner

	53. Nombre de la Administradora de Fondos de Pensiones o Sociedad Administradora de Cesantías	54. Código de la AFP a registrar por la EPS
B1		1065
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

Dirección | Teléfono Fijo o Celular

Teléfono Fijo o Celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ] | 63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. Fecha de nacimiento (Día Mes Año) | 65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año) | 67. Motivo de traslado Cod. | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

leidy Carena gonzalez C.

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. CN RC TI CC PA CE CD SC PT. Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 22-07-2026 | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

22 JUL 2026

CC 1.611 Ingrid Tatiana Rodríguez García

Sello asesor

OBSERVACIONES

Aporte julio PAGO en Agosto
Pedido por planilla CC con base
cel: 7007551627

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FOR-PMS-0001 - 001

Scanned with CamScanner

Medellín, 28 de julio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY LORENA GONZALEZ ESPITIA identificado(a) con C1007351627 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10073516272620961340

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDY LORENA GONZALEZ ESPITIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.351.627**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Julio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.