Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Katerin Palacios Córdoba						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000219269	
CORREO ELECTRONICO:	kkaterin162@gmail.com				CELULAR:	3224062996	
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	550488422278835				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7404			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1519	FECHA	2026-07-09 15:50:46.000	NÚMERO DE CRP	27859	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,142,100				
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:	$29,410,560
VALOR EJECUTADO	$17,706,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,142,100
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11,703,960
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60%

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
93160911	$1,023,840	$127,980	$163,814	3	$24,941	$316,735

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
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	Ejecutar las funciones asignadas conforme a los lineamientos del Modelo de Salud MAS Bienestar, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia de las acciones realizadas, el diligenciamiento completo del aplicativo y la asistencia a las actividades programadas.	Aplicativo diligenciado, listas de asistencia y reportes de cumplimiento según 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	Asistir puntualmente a las jornadas programadas, realizar seguimiento a las actividades desarrolladas, registrar asistencia y resultados, asegurando el logro de los objetivos establecidos.	Informe de participación en jornadas con registro fotográfico, listas de asistencia y descripción de las acciones ejecutadas.
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	Ejecutar visitas domiciliarias, encuentros educativos y comunitarios para brindar orientación, sensibilización y seguimiento a la población; elaborar material educativo y canalizar casos identificados hacia las rutas de atención pertinentes.	Reportes de seguimiento, registros de asistencia, material educativo distribuido y registro de alertas o eventos notificados.
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.	Asistir a reuniones y espacios formativos convocados por la Subred o SDS, aplicando los conocimientos adquiridos en la práctica profesional y contribuyendo a la mejora continua del servicio.	Actas de reunión con listas de asistencia, evidencias de participación y reporte de aplicación de mejoras en el servicio.
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	Elaborar y entregar oportunamente el cronograma de actividades, informes de avance, bases de datos y aplicativos requeridos, realizando los ajustes solicitados por la supervisión del contrato.	Cronograma mensual aprobado, informes entregados dentro de los plazos y bases de datos actualizadas.
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	Revisar y organizar los soportes documentales, atender las auditorías programadas por la Subred, SDS o entes de control, y dar respuesta oportuna a los requerimientos.	Carpeta de soportes completa, acta de auditoría y registro de respuestas emitidas.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Promover el respeto, la empatía y la responsabilidad institucional en la atención al usuario y la comunidad, aplicando principios éticos y de humanización del servicio.	Registro de cumplimiento de protocolos de atención humanizada y reporte de satisfacción del usuario o comunidad.
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	Usar correctamente los elementos de identificación institucional, garantizar el adecuado manejo y conservación de los insumos, equipos y materiales durante el cumplimiento de las actividades.	Registro de control y custodia de equipos e informe de uso eficiente de los recursos asignados.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Organizar, archivar y entregar los documentos y soportes generados durante la ejecución del convenio conforme a las normas institucionales y de protección de datos personales.	Carpeta documental organizada y entregada conforme a los lineamientos de gestión documental de la Subred.
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	Proteger la información sensible obtenida en el ejercicio profesional, asegurando su uso exclusivo para fines institucionales y conforme a la Política de Protección de Datos Personales.	Declaración de confidencialidad firmada y registro de cumplimiento de la política de protección de datos.
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	Atender los requerimientos adicionales o emergentes definidos por el supervisor o líder del proceso, garantizando calidad, oportunidad y cumplimiento del objeto contractual.	Informe de apoyo y registro de cumplimiento de actividades complementarias asignadas.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

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

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:
KATERIN PALACIOS CORDOBA

CC: 1000219269 de Bogotá

La suma de un millón ciento cuarenta y dos mil cien pesos Mcte ($1’142.100), por concepto de servicios como técnico auxiliar de enfermería, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 7404-2025.**

KATERIN P

CC1000219269 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO
DAVIVIENDA NUMERO DE CUENTA
0550488422278835

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 31 de julio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo

SANDRA MILENA REALES CARVAJAL
Líder Operativo

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

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión

Equipos Más Bienestar en tu Hogar

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta de cobro de noviembre.pdf	cuenta de cobro de noviembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificación diciembre 2025.pdf	Certificación diciembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro enero (2).pdf	cuenta de cobro enero (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro febrero (2).pdf	cuenta de cobro febrero (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro marzo (2).pdf	cuenta de cobro marzo (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificación abril 2026.pdf	Certificación abril 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificación mayo 2026.pdf	Certificación mayo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificación Junio 2026 Katerin Palacios.pdf	Certificación Junio 2026 Katerin Palacios.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000219269	KATERIN PALACIOS CORDOBA	CR 81J 56 86 SUR	3224062996	KKTERIN162@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93160911	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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	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
230301	Porvenir	800224808-8	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000219269	KATERIN PALACIOS CORDOBA	CR 81J 56 86 SUR	3224062996	KKTERIN162@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93160911	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	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	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 1000219269	PALACIOS CORDOBA KATERIN	59	0			N																	23030 1	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información