| 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: | luz Angelica Yate Guerrero | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1024555798 | |
| CORREO ELECTRONICO: | angelicayate2022@gmail.com | | | | CELULAR: | 3222174626 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC GESTIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE INTERÉS SALUD PÚBLICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 466600022662 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6643 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1717 | FECHA | 2026-08-13 15:57:27.000 | NÚMERO DE CRP | 31244 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | |
| 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: | $33,874,200 |
| VALOR EJECUTADO | $32,788,800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,980,800 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,085,400 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9508989852 | $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 Agosto 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 en el anexo Nº 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. | 1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractua | Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud. |
| 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 | 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos. |
| 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 | Conocer y aplicar las políticas institucionales. | se realiza cohorte de la localidad de fontibon donde realiza de manda inducida para la demanda de los menores |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que correspond | Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades programadas de vacunacion |
| 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. | 5. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesiona | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carné de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal |
| 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 | Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor | Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor |
| 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 | Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes. |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar | Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion. |
| 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. | 09. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | 10. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | Se realiza lectura de cada uno de los carné debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 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. | 11. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Se laboro para el cumplimiento de metas |
| 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. | 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades programadas de vacunacion |

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 Surocciente

**DOCUMENTOEQUIVALENTE AFACTURA**

**LASUBREDINTEGRADADESERVICIOSDESALUDSUROCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBEA:**

**LUZANGELICA YATE GUERRERO**
**C.C 1024555798 DE BOGOTÁ**

La suma de Dos millones novecientos ochenta mil ochocientos pesos m/c $ 2.980.800 por concepto de servicios como profesional Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Componente GIPEPB, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6643-2025

Angelica Yate

**LUZANGELICA YATEGUERRERO**
**C.C1024555798DE BOGOTÁ**

**CUENTADEAHORROSBANCO DAVIVIENDA NUMERO**

**4 6 6 6 0 0 0 2 2 6 6 2**

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

CHRISTIAN ACERO AMAYA.

**CHRISTIANMAURICIOACERO AMAYA**
Apoyoa lasupervisión componente GIPEPB

ARL

Medellin, 27 de agosto de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **LUZ ANGELICA YATE** con documento de identidad **C1024555798**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-11-27 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1024555798 | | YATE GUERRERO LUZ ANGELICA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 10 N. 2-78 | SIBATE-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 574980169 | 9508989852 | I | 2026/08/26 | 2026/08/18 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $576,900 |

**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 | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1024555798 | YATE LUZ | 230301 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | CCF22 | 30 | $1,750,905 | $35,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $42,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1024555798 | | YATE GUERRERO LUZ ANGELICA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 10 N. 2-78 | SIBATE-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 574980169 | 9508989852 | I | 2026/08/26 | 2026/08/18 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $576,900 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | | | | | $0 | |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | | | | | $0 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $0 | | | | | $0 | |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | | | | | $0 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $576,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

# Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
|---|
| $280,200 |
| $280,200 |
| $42,700 |
| $42,700 |
| $35,100 |
| $35,100 |
| $218,900 |
| $218,900 |
| $576,900 |