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:	Said Lozano Tibaquirá						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016010225	
CORREO ELECTRONICO:	said.psicolog@gmail.com				CELULAR:	3143181568	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A USU ATENCION AL USUARIO SEDE ADMINISTRATIVA FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO01O02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300761272				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1557			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1569	FECHA	2026-07-16 14:57:20.000	NÚMERO DE CRP	28003	FECHA	2026-08-01 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:	$4,283,775						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$25,702,650
VALOR EJECUTADO	$25,702,650
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,283,775
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
92873642	$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.

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
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
Asesorar técnicamente, orientar y dinamizar los procesos de organización y participación comunitaria, con los mecanismos que para tal efecto se han establecido en el Decreto 1757/94, los cuales son: Asociaciones de Usuarios, Comité de Participación Comunitaria y Comité Ética Hospitalaria y desplegar acciones encaminadas al logro de los objetivos propuestos en la Norma.	Gestione diferentes reuniones de las instancias de participación social en salud, incluyendo control social, adelantando y realizando seguimiento a las actividades para la vigencia 2026	Actas y listas de asistencia las cuales reposan en el archivo de la oficina de Fontibón de Participación Comunitaria y Drive
Convocar a la Comunidad para que se vinculen y continúen con los procesos de formación y capacitación, iniciados con el apoyo de la Secretaria Distrital de Salud y de la Institución.	Para este periodo se inscribió una nueva delegada a COPACOS. Se gestionan las actividades que próximamente se desarrollaran para dar cumplimiento a la convocatoria para la vinculación de nuevos actores.	Carta de delegación, actas, listas de asistencia y Drive correspondientes
Coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de los mecanismos de participación formal: Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria, Junta Asesora Comunitaria y COPACOS.	Brinde a la asociación de usuarios, COPACOS, Junta asesora comunitaria y Veedurías los respectivos insumos con el fin de dar cumplimiento a las actividades, bajo el plan de acción vigencia 2026	Planes de acción de cada forma de participación, seguimiento a las actividades por acta, Drive y actas con las acciones realizadas
Coordinar intra y extrahospitalariamente la capacitación para el fortalecimiento de los mecanismos e instancias de participación.	Realice los cronogramas de las actividades de las instancias de participación, con el fin de contar con la planeación del mes y cumplir con las actividades correspondientes	Cronograma de actividades, actas, listas de asistencia y Drive de las actividades correspondientes
Convocar a la comunidad para que participen en los diferentes espacios y eventos dispuestos para su actividad.	Para este periodo se convoco a la comunidad a participar en el proceso de adscripción, a la jornada de socialización avances del programa de transparencia y ética publica, II dialogo ciudadano y reuniones mensuales o extraordinarias de cada instancia según cronograma.	Acta, Drive con los documentos cargados de acuerdo con la actividad; Correos electrónicos y mensajes por whatsapp.
Cumplir con los direccionamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	Gestione la convocatoria y brinde asistencia técnica y demás herramientas a reuniones con la asociación de usuarios, COPACOS y veedurías (Control Social), de acuerdo con el SIGC	Actas, listas de asistencia, convocatorias por whatsApp y Drive con los documentos cargados según corresponde
Elaborar los informes trimestrales sobre la gestión realizada en Participación Social con la comunidad, a fin de ser consolidado y enviado a la Secretaría Distrtial de Salud.	Realice los informes y las actividades que le atañen a las formas de participación según los lineamientos y directrices de la Subred, la SDS y normatividad vigente.	Actas donde se describe las actividades según corresponde y de acuerdo con normatividad vigente
Organizar a la comunidad para que vigilen el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.	Para este periodo se desarrolló de acuerdo al cronograma la declaración de derechos y deberes por parte de la Asociación de usuarios ASOUHFO, también gestione los recorridos semanales a la apertura de buzones, en los cuales se verifica el cumplimiento de derechos y deberes además de otras actividades propias de la asociación de usuarios.	Formatos de socialización firmados por los usuarios, firma de formato de apertura de buzones e informes de los asociados y cronograma de apertura de buzones
impulsar junto con el Comité de Ética Hospitalaria la promoción y divulgación en derechos y deberes de usuarios y pacientes y demás actividades propuestas.	Para este periodo se desarrolló de acuerdo al cronograma la declaración de derechos y deberes por parte de la Asociación de usuarios ASOUHFO	Formatos de socialización firmados por los usuarios y registro fotográfico
Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.	Brinde la información en las diferentes reuniones de los servicios según correspondía de manera clara, humanizada y con calidad correspondiente, respetando a los usuarios y familias, de acuerdo con el código de ética y las disposiciones como servidor	Actas y listas de asistencia, las cuales reposan en el archivo de la oficina de Participación Comunitaria, drive y registro fotográfico.
Realizar un uso correcto y racional de los recursos de la Unidad de Servicios que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Fomento el adecuado uso de recursos a través del ejemplo y las charlas durante la asistencia a las reuniones	Para esta actividad no se cuenta con producto tangible
Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo Anual del Proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Contribuí y asesoré técnicamente durante el periodo en el seguimiento de actividades de los diferentes planes de acción de cada una de las instancias y el proceso de Participación Comunitaria	Actas, listas de asistencia, registro fotográfico y drive
Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales	Cumplí de manera puntual, por medio de la segregación adecuada de residuos, realizando el lavado de manos permanente	Para esta actividad no se cuenta con producto tangible

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Elaborar y entregar oportunamente los informes solicitados por el líder de Subproceso con estándares de calidad requeridos.	Elabore y entregue de manera oportuna las actividades pertinentes del periodo	Archivo magnético en drive con las actividades pertinentes y cronograma con las fechas de cumplimiento.
Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución.	Durante el periodo participe en la capacitación del Modelo de relacionamiento con la ciudadanía	Certificado, acta y lista de asistencia
Brindar apoyo a la Referente transversal del proceso de control social en la subred, en las acciones desplegadas para el ejercicio de las veedurías ciudadanas.	Gestione y convoque las veedurías pertinentes y se desarrollaron de acuerdo con lo establecido; se llevó a cabo durante el mes de julio; la veeduría del Hospital Occidente de Kennedy, Contact Center y PSPIC.	Actas y listas de asistencia firmadas, registro fotográfico

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
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

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	1016010225	SAID LOZANO TIBAQUIRA	CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93726131	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$745.000	

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	301.000	0		0		0	0	0	0	301.000	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	385.300	0	0	0	0	0	0		385.300	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	58.700				58.700	0	0	58.700			587	58.700	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	301.000	301.000
Pensión	1	385.300	385.300
Riesgos Laborales	1	58.700	58.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	745.000	745.000

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
CC	1016010225	SAID LOZANO TIBAQUIRA		CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	

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
		93726131	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$745.000	

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 1016010225	LOZANO TIBAQUIRA SAID	59	0			N																	231001	2.407.920	30	385.300	0	0	0	0	EPS008	2.407.920	30	301.000	14-11	2.407.920	30	3	58.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SAID LOZANO TIBAQUIRÁ

C.C 1016010225 DE BOGOTA

La suma de cuatro millones doscientos ochenta y tres mil setecientos setenta y cinco pesos m/te ($4’283.775), por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 1 al 31 de agosto del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1557 - 2026



Said Lozano Tibaquirá
CC. 1016010225

CUENTA DE AHORROS DEL BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 0073 0076 1272

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