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:	ELIANA RESTREPO BETANCUR							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1037322142		
CORREO ELECTRONICO:	elianarestrepo123@outlook.com				CELULAR:	3223069379		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU40U05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570488470697480					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4757			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29717	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,347,320						
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:	$4,146,932
VALOR EJECUTADO	$2,347,320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,347,320
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,799,612
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	57%

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
93829933	$938,928	$117,366	$150,228	3	$22,872	$290,467

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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. Realizar seguimiento de los usuarios inscritos en las rias asignadas	Se realizo seguimiento de los usuarios inscritos en las RIAS asignadas	Base de datos de los usuarios de Capital Salud de los meses asignados
2. Realizar búsqueda activa, demanda inducida y canalización de los usuarios asignados a las diferentes actividades según frecuencias de uso contenidas en las rias.	Se realizo búsqueda activa, demanda inducida y canalización de los usuarios asignados a las diferentes actividades según frecuencias de uso contenidas en las RIAS.	Base de datos donde se realizò el seguimiento a los usuarios por medio de llamadas telefónicas
3. Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios a las rias mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través de los sistemas de información estandarizados por la subred	Realizo seguimiento a la adherencia de los usuarios a las RIAS mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través de los sistemas de Información estandarizados por la subred "	Seguimiento por medio de llamadas telefonicas a los usuarios canalizados en los diferentes servicios requeridos
4. Diligenciar oportunamente a través de las rutas internas establecidas la entrega de usuarios según diagnósticos de riesgo identificados a las diferentes RIAS	Se Realizo las actividades de búsqueda para la captación oportuna de usuarios a las RIAS desde los servicios de urgencias, hospitalización ambulatorios.	Diligenciar con calidad y oportunidad las diferentes bases, archivos y software institucionales designados para la consignación de las actividades y gestiones realizadas
5. Diligenciar con calidad y oportunidad las diferentes bases, archivos y software institucionales designados para la consignación de las actividades y gestiones realizadas	Se Gestiono efectivamente la inclusión de los usuarios a las actividades de las RIAS pertinentes por curso de vida, y realizar seguimiento a la asistencia de éstos a las acciones programadas.	Diligenciamiento oportuno de las bases de datos suministradas con las acciones necesarias para cumplir con los requerimientos
6. Informar oportunamente a los líderes de rias correspondiente, los hallazgos y dificultades encontrados durante el seguimiento, relacionados con la gestión del riesgo de los barreras de acceso.	Se Diligencio oportunamente a través de las rutas Internas establecidas la entrega de usuarios según diagnósticos de riesgo identificados a las diferentes RIAS "	Por medio de reuniones se informa de los avances y de los inconvenientes encontrados durante la gestiòn y el seguimiento necesario para cumplimiento de objetivos
7. Ejecutar las acciones programadas por líder para la implementación de la ruta	Se Diligencio con calidad y oportunidad las diferentes bases, archivos y software institucionales designados para la consignación de las actividades y gestiones realizadas.	Se cumple con los objetivos programados por el lider para el implemento de las rutas asignadas
8. Demas actividades concernientes para dar cumplimiento a la misión ,visión y metas institucionales	Se Respondio con oportunidad y calidad por la elaboración de informes con la periodicidad asignada que les sean requeridos.	Se cumple con los objetivos y metas institucionales dadas por el lider

Copia Certificada
Subred Suroccidente

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 No. 08/2026 LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA RESTREPO BETANCUR CC: 1037322142 BOGOTA D.C.

La suma de $ 2.347.320 (Dos millones trescientos cuarenta y siete mil trescientos veinte pesos m/cte.) por concepto Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO DE 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4757-2026



ELIANA RESTREPO BETANCUR C.C. 1.037.322.142 de BOGOTA CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA NÚMERO: 44870697480

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	1037322142	ELIANA RESTREPO BETANCUR	Cra 81f 5 b sur 81	3223069379	elianarestrepo123@outlook.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
		93829933	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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	1037322142	ELIANA RESTREPO BETANCUR	Cra 81f 5 b sur 81	3223069379	elianarestrepo123@outlook.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
		93829933	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Excenvalo	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 1037322142	RESTREPO BETANCUR ELIANA	57	0			N																	230201	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