

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                         |                           |                            | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA    | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1024468771                 | NÚMERO PLANILLA:               | 7945513491 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                         |                           | EDNA LILIANA ALVAREZ RAMOS | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | octubre AÑO               | 2024             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO:             | BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL  | DÍAS DE MORA:                  | 0          | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL 66 32 09 SUR        | TELÉFONO:                 | 7153543                    | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/11/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 1041690048       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE        | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE            |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                 | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Otros trabajos de edición. |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | SUCURSAL                | SUCURSAL / DEPENDENCIA:   | 7930 - CONTRATO 1          |                                |            |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                         |                           | NO                         |                                |            |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201                  | 230201- PROTECCION | 1              | \$ 334.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 334.600 | \$ 0 | \$ 334.600   |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 334.600 | \$ 0 | \$ 334.600   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |            |           |              |
|-----------------------|------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                  | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |            |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA       | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017                | EPS017-FAMISANAR | 1                 |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 261.500  |             | \$ 0       |             | \$ 0       | \$ 261.500 | \$ 0      | \$ 261.500   |
| SUBTOTALES:           |                  |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 261.500 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 261.500   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 51.000   | \$ 51.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 51.000    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 51.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 51.000    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                    |                                     |                                                  |                      |                   |                    |                          |                       |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                           |          |           |            |              |             |                  |          |                                 |                 |                          |          |           |            |                |                 |                     |          |           |                         |           |      |                 |          |      |      |      |        |
|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|------------------|----------|---------------------------------|-----------------|--------------------------|----------|-----------|------------|----------------|-----------------|---------------------|----------|-----------|-------------------------|-----------|------|-----------------|----------|------|------|------|--------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                    |                                     |                                                  |                      |                   |                    |                          |                       | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                           |          |           |            |              |             | PARAFISCALES     |          |                                 |                 |                          |          |           |            |                |                 |                     |          |           |                         |           |      |                 |          |      |      |      |        |
| Nº                            | IDENTIFICA<br>CION | NOMBRES                             | TIPO<br>COTIZANTE                                | SUBTIPO<br>COTIZANTE | SALARIO<br>BÁSICO | TIPO DE<br>SALARIO | COLOMBIANO<br>EXTRANJERO | REFORMA<br>TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN                   |          |           |            |              |             | SEGURIDAD SOCIAL |          |                                 |                 |                          |          | SALUD     |            |                |                 | ARP                 |          |           |                         | DÍAS COT  | IBC  | CCF             |          | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
|                               |                    |                                     |                                                  |                      |                   |                    |                          |                       |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN                     | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR        | EMPLEADO | INDICADOR<br>TARIFA<br>ESPECIAL | TOTAL<br>APORTE | ADMIN                    | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | TOTAL<br>APORTE | ADMIN               | DÍAS COT | IBC       | CENTRO<br>DE<br>TRABAJO |           |      | TOTAL<br>APORTE | DÍAS COT |      |      |      |        |
| 1                             | CC<br>1024468771   | ALVAREZ<br>RAMOS<br>EDNA<br>LILIANA | INDEPENDI<br>NTE<br>CONTRATO<br>PRESTACION<br>DE |                      | \$ 2.091.242      |                    |                          | NO                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230201-<br>PROTECCI<br>ON | 30       | 2.091.242 | \$ 334.600 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0             | \$ 0     | Normal                          | \$ 334.600      | EPS017-<br>FAMISANA<br>R | 30       | 2.091.242 | \$ 261.500 | \$ 0           | \$ 261.500      | 14-11 -<br>ARL SURA | 30       | 2.091.242 | \$ 102446877            | \$ 51.000 | \$ 0 | \$ 0            | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |        |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 647.100</b> |
|--------------|-------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-----|------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                           |     |                                          | Versión             |                         | 3             |               |  |             |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                           |     |                                          | Fecha de aprobación |                         | 2/15/2018     |               |                                                                                     |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |     |                                          | Código:             |                         | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |             |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |     | edna alvarez                             |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                           |     | C.C                                      | X                   | C.E                     | No.           |               | 1024468771                                                                          |             |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                           |     | ednaalvarez71@gmail.com                  |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3046499622  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |     |                                          |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |             |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |     | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED      |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo           | %   |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | SU46K33-5                 | 100 |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO AV VILLAS S A       |     |                                          |                     | TIPO DE CUENTA:         |               | AHORRO        |                                                                                     |             |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                           |     | 447731725                                |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO          |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  | 7126                      |     |                                          |                     | VIGENCIA                |               | 2024          |                                                                                     |             |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2471                      |     | FECHA                                    |                     | 2024-11-28 09:47:08.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 74825       |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 2024-11-30 22:16:25.000   |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                           |     | DESDE                                    |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |     |                                          |                     | 2024-11-01              |               |               |                                                                                     |             |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |     | \$5,228,106                              |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |     |                                          |                     |                         |               | \$7,319,348   |                                                                                     |             |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |     |                                          |                     |                         |               | \$7,319,348   |                                                                                     |             |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                           |     |                                          |                     |                         |               | \$5,228,106   |                                                                                     |             |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| 7945513491                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$1,882,118               |     | \$235,265                                |                     | \$301,139               |               | 3             |                                                                                     | \$45,848    |  |
| \$582,252                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| Bibiana Yulieth Avila Bohorquez<br>20888182<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |  |                           |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTOS                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, 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 los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Se cumple a cabalidad como profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.                                                    | Base de asignación de casos de octubre y acta de reuniones.                  |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se participa de manera activa en las diferentes actividades convocadas por SDS y la subred para la apropiación de conceptos con respecto a la nueva vigencia y plan operativo en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Actas de reunión digitales y físicas.                                        |
| Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se desarrollan acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                        | Soportes físicos y magnéticos que reposan en la subred                       |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se prestan servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SEGUIMIENTOS FAMILIAS PRIORIZADAS SALUD MENTAL                               |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se participa en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                              | Acta, listado de asistencia y diligenciamiento de formatos que se requieran. |
| 6. Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se fortalecen grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Acta y listado de asistencia                                                 |
| 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), 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, apoyo a la supervisión 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.                                            | Se Realiza entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), 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, apoyo a la supervisión 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. | Base de datos con casos remitidos, Ficha IEC y seguimiento                   |
| 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se alistan soportes y presentar auditorías programadas tanto en ESE como SDS o entes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Base de asignación de casos de noviembre y acta semanal de preauditoría      |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se elabora y presenta cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Formato de tablero de control semanal                                        |
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se atienden las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | verificación drive, aplicativos                                              |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se informa oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Actas de Reunión generadas durante cada entrega de productos                 |
| 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se conserva la imagen de la institución a partir de las diferentes acciones y estrategias que se trabajan con las familias, usuarios y comunidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Base de asignación de casos de Noviembre y acta semanal de preauditoría      |

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                |                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                            | Se portan elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                           | Acta y listado de asistencia y herramientas de trabajo para realizar la ejecución del proceso de intervención. |
| 14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                  | Se resguardan y se da un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.               | Acta y listado de control.                                                                                     |
| 15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Se da cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Acta y listados de asistencia.                                                                                 |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez  
20888182  
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:**

**Edna Liliana Álvarez Ramos  
CC 1.024.468.771 DE BOGOTA**

La suma cinco millones doscientos veintiocho mil ciento seis pesos mcte) (\$5.228.106), por concepto de servicios como profesional especializado 4 (operativo), en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 30 de noviembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7126-2024



---

**Edna Liliana Álvarez Ramos**  
Nombre del contratista  
**CC 1.024.468.771 de BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS.**  
**NUMERO 447731725**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de noviembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Equipos Básicos extramurales**

Edna Álvarez CC 1024468771

SECOP II

905

Menú

Ir a

Buscar...

UTC -5:02:48

EDNA LLIANA ALV...

n de contratos

Ver contrato

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?

Si

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                                       |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 AL 31.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 AL 31.pdf | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal