

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                                    |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | DIANA CHACON                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52762325   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | dianachacon335@gmail.com                           |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3143956191 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                    |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K30           | 100                       |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 456870058629                                       |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 8972                      |                                                    |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 205               | FECHA                     | 2025-01-24 15:29:15.000                            | NÚMERO DE CRP       | 13676                            | FECHA         | 2025-01-31 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                              | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    | 2025-03-01          |                                  |               | 2025-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                    | \$3,998,070         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                    |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                    |                     |                                  | \$23,988,420  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     |                                  | \$15,992,280  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                    |                     |                                  | \$3,998,070   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                    |                     |                                  | \$7,996,140   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                    |                     |                                  | 67%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 84374051                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,599,228       | \$199,904                 | \$255,876                                          | 3                   | \$38,957                         | \$494,737     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<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 profesional conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS. " | Se realizó atención a puntos de cuidado y se fueron ubicados en las localidades de Kennedy, Bosa, Puente Aranda Y Fontibón, los días lunes a viernes a sábado, y los días domingos Ciclovía, Por otra parte se realizó digitación diaria del aplicativo cuidado se feliz. Se realizan acciones enfocadas al cambio de comportamientos de hábitos de las personas que afectan su estado de salud físico y mental generando factores de riesgo cardiovascular, Se realizó valoración aproximadamente de 575 personas         | Se realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz, registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz |
| 2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Toma de oximetría y frecuencia cardíaca al 100%, cuidado para los ojos y oídos, autoexamen de mama y testículo como técnica de autocuidado, elaboración de plan de autocuidado, de los usuarios tamizados en los puntos Cuidate                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza entrega de soportes de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz                                                                     |
| 3. Desarrollo de Acciones individuales y o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Participo de las jornadas de salud según programación del entorno cuidador comunitario Y programación por la SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acta de participación, listado de participación                                                                                                                               |
| 4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Participo de las actividades según requerimiento del entorno cuidador comunitario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Listado y acta de asistencia                                                                                                                                                  |
| 5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizar proceso de canalización de las personas identificadas con riesgo y demás que de acuerdo con criterio profesional lo requiera de acuerdo a los criterios adjunto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza entrega de canalización al correo pertinente                                                                                                                       |
| 6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | promueven hábitos saludables en alimentación balanceada y a bajo costo, control médico periódico según la necesidad de cada persona, se orienta en prácticas de cuidado, consumo responsable de alcohol, sensibilización frente al consumo de cigarrillo y SPA, en personas fumadores se realiza breve consejería en cesación de tabaco, las acciones a realizar en los puntos de cuidado se feliz es con el fin de disminuir factores de riesgo en las personas disminuyendo riesgos en salud a nivel del núcleo familiar | Se realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz, registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz |
| 7. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza acciones en el programa Cuidate y se feliz utilizando ayudas pedagógicas como modulares de frutas, piezas comunicativas, y se hace entrega de valoración que contiene recomendaciones en hábitos saludables y plato de alimentación balanceada                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz, registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz |
| 8. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se toma asistencia técnica según lo programado por la SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Asistencia técnica en la SDS listado de asistencia                                                                                                                            |
| 9. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se fortalece en las personas procesos de autogestión en salud brindando información frente a los derechos de las personas y la exigibilidad de salud según sus necesidades, se orienta en servicios de salud, rehabilitación y redes de apoyo intersectorial                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz, registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz |
| 10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se organizan soportes para entrega a la líder del entorno cuidador comunitario para ser entregados a la SDS en auditoría. Se realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz                                                                                                                                                                                                                                                                             | realiza entrega de listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidado se feliz, registro de usuarios en el aplicativo. Cuidate se feliz    |
| 11. Realizar entrega oportuna y con calidad informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Para la sistematización de la información de la estrategia se emplea el aplicativo Web Cuidate, se feliz, archivo plano,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza entrega de Ficha para el registro cuidado se feliz, Formato de canalizaciones                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 12. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | Se realiza la entrega de soportes para la auditoria según programación del entorno cuidador comunitario y estrategia Cuidate se feliz | Entrega de documentación requerida |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                                    |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                          |                                                                                                                                       |                                    |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                  |                    |                             |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                                  | 52762325          | DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO |        | CR 77 H N 65H 28 | 7780038            | dianachacon2327@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                             |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                             |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                              |        |                  |                    | NO                          |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-02              | 2025-02                           | I             | 21/03/2025               | 84374051        | \$499.400        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

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 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 14        | 1.800                 | 0              | 201.800       | 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 | 255.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 14        | 2.300                 | 0              | 258.200       | 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 14        | 400                   | 39.400              |                            |                     | 390               | 39.400        | 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                    | 14        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 14        | 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                              | 200.000                             | 201.800       |
| Pensión                | 1                              | 255.900                             | 258.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 494.900                             | 499.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52762325          | DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO |        | CR 77 H N 65H 28 | 7780038            | dianachacon2327@hotmail.com         |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                              |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-02              | 2025-02                           | I             | 21/03/2025               | 84374051        | \$499.400     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |          |                   |                        |          |           |                 |            |              |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----------|-------------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|--------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |          | RIESGOS LABORALES |                        |          | CCF       |                 |            | PARAFISCALES |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA   | IVA | Cód. EPS | IBC EPS           | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF   | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 52762325              | CHACON TOLEDO DIANA CAROLINA | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     | EPS008   | 1.599.228         | 200.000                | 14-11    | 1.599.228 | 3               | 39.000     |              | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA**  
**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DESALUD SUR**  
**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

DEBE A:  
DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO  
CC 52762325 DE BOGOTA

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS (\$3.998.070) por concepto de servicios como Enfermera en el entorno Cuidador Comunitario, durante el periodo de 01 AL 31 de Marzo del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8972-2024

*Diana Chacón*  
DIANA CAROLINA CHACON TOLEDO  
Nombre del contratista  
CC 52762325  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 456870058629

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 Al 31 de Marzo del 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



---

**MARIA CRISTINA TRIVIÑO**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Entorno Cuidador**  
**Comunitario**

- 1

Información general
- 2

Condiciones
- 3

Bienes y servicios
- 4

Documentos del Proveedor
- 5

Documentos del contrato
- 6

Información presupuestal
- 7

Ejecución del Contrato
- 8

Modificaciones del Contrato
- 9

Incumplimientos

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

| Identificación 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"/> | DICIEMBRE2024_DIANACHACON.pdf | DICIEMBRE2024_DIANACHACON.pdf | Proveedor   | <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <input type="checkbox"/> | ENERO_2025_DIANACHACON.pdf    | ENERO_2025_DIANACHACON.pdf    | Proveedor   | <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO_2025_DIANACHACON.pdf  | FEBRERO_2025_DIANACHACON.pdf  | Proveedor   | <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >