

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          | ALBEIRO MORALES GOMEZ                                   |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          | C.C                                                     | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1022980304 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | albeiorng29@gmail.com                                   |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3208397926 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                         |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          | ADM SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD USS PABLO VI BOSA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Centro de costo   | %                        |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PA16U01           | 100                      |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                    | BBVA COLOMBIA S.A |                          |                                                         |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          | 337165476                                               |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | 951                      |                                                         |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 147               | FECHA                    | 2025-01-20<br>00:00:00.000                              | NÚMERO DE CRP          | 15886                            | FECHA        | 2025-02-01<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   | APOYO TECNOLÓGICO I      |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          | DESDE                                                   | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         | 2025-04-01             |                                  |              | 2025-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                         | \$2,673,441            |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | Administrativo           |                                                         | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |              | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.                                           |                   |                          |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                         |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                                                         |                        |                                  | \$10,693,764 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         |                        |                                  | \$8,020,323  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                         |                        |                                  | \$2,673,441  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                         |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                         |                        |                                  | \$2,673,441  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                                                         |                        |                                  | 75%          |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:<br>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                                                                       |            |
| 9483231314                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$1,069,376       | \$133,672                |                                                         | \$171,100              | 3                                | \$26,050     | \$330,822                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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. Gestionar las bases de datos con calidad y pertinencia según la necesidad de la ruta.                                                                                                                                                                 | 1. Descargue y genere bases de datos.                                                                           | "* Datos para informe de junta *<br>Resolución 2175 * Tabla de asignados (Ingresos- egresos-permanentes)<br>* Indicadores circular 08 * Indicadores jefe Smith * Reporte concejal Arias *<br>Reporte de Teleconsulta * Actualizar base georeferenciada * Reporte demanda inducida F28 * Realizar revisión de anexo PYD - Consolidar anexo PYD revisado - Validar reporte de anexo CCU y ADN VPH * Reporte de laboratorio PSA * Reporte de laboratorio Sangre Oculta * Reporte de anticonceptivos * Validación de agendas ambulatorio * Indicadores ICONTEC * Reporte de evidencias en bases georeferenciadas Capital salud " |
| 2. Apoyar el proceso de generación de informes y creación de los mismos correspondientes a la operación de la ruta                                                                                                                                       | 2. Análisis de las bases de datos .                                                                             | "* Base CONTROL RPMS * Base anexo con atenciones a RPMS"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. Acompañamiento al desarrollo de las acciones operativas y administrativas de las rutas                                                                                                                                                                | 3. Entrega de informes según la necesidad y/o solicitud de las RIAS.                                            | "* Datos para informe de junta * Indicadores ICONTEC"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Participar en los espacios que se convoquen por parte del nivel distrital, institucional y/o diferentes EPS.                                                                                                                                          | 4. Actas de asistencias y/o capacitación de los espacios convocados logrando aplicar a las RIAS lo socializado. | "* Actualizar base georeferenciada * Reunión calidad del dato * Reporte de evidencias en bases georeferenciadas Capital salud"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 5. Ejecutar las acciones programadas por líder para la implementación de la ruta                                                                                                                                                                         | 5. Actas de reuniones de equipo y seguimientos de cumplimiento de acciones y/o metas propuestas.                | "* Realizar revisión de anexo PYD - Consolidar anexo PYD revisado - Validar reporte de anexo CCU y ADN VPH * Validación de agendas ambulatorio"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6. Demás actividades concernientes para dar cumplimiento a la misión, visión y metas institucionales.                                                                                                                                                    | 6. Cumplimiento de metas y/o acciones programadas                                                               | * Apoyo gestión del riesgo individual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p style="text-align: center;"><b>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ</b><br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social          | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 1022980304  |    | MORALES GOMEZ ALBEIRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | ctle 2 # 93d 66 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3845699  | No                    |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                          |           |
|---------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|--------------------------|-----------|
| Pensión | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco                    | Valor     |
| 2025-03 | 2025-03 | 1398311073 |  | 9483231314 | I        | 2025/04/02 | 2025/04/09 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | \$442,700 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION         |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|-----------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo          | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |            |                 |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |                 |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |                 |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC             | 1022980304 | MORALES ALBEIRO | 230201 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS002 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,423,500 | \$34,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |                 |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                       |                 |                    |                 |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social          | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1022980304                 |    | MORALES GOMEZ ALBEIRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cile 2 # 93d 66 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3845699  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                          |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|--------------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                          |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco                    | Valor     |
| 2025-03                           | 2025-03 | 1398311073 |  | 9483231314 | I        | 2025/04/02 | 2025/04/09 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | \$442,700 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800       | \$1,100        | \$0                    | \$228,900     |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$227,800       | \$1,100        | \$0                    | \$228,900     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,700        | \$200          | \$0                    | \$34,900      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,700        | \$200          | \$0                    | \$34,900      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000       | \$900          | \$0                    | \$178,900     |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$178,000       | \$900          | \$0                    | \$178,900     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$440,500       | \$2,200        | \$0                    | \$442,700     |  |

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 03/2025  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Albeiro Morales Gómez  
C.C 1022980304 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 2.673.441 (Dos millones seiscientos setenta y tres mil cuatrocientos cuarenta y un pesos m/cte.) por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestion del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional., durante el periodo del 01 al 30 de abril 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 951-2025.

Albeiro Morales Gómez

Albeiro Morales Gómez  
C.C. 1022980304 de Bogotá  
CUENTA DE AHORROS Banco BBVA  
NÚMERO: 337 165476

✓

Datos guardados

↶

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Sí

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"/> | Certificado cuenta febrero 2025 pdf        | Certificado cuenta febrero 2025 pdf        | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificado cuenta de cobro marzo 2025 pdf | Certificado cuenta de cobro marzo 2025 pdf | Proveedor Descargar Detalle |