

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Sandra Patricia Hernandez Almonacid					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52307792
CORREO ELECTRONICO:			patriciaher2010@hotmail.com			CELULAR:		7979694
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U C S CONVENIO SDE SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09V07-10	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570000470016122				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6185			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	720	FECHA	2025-03-18 16:01:21.000		NÚMERO DE CRP	19131	FECHA	2025-03-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-01			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,585,577				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$16,547,694		
VALOR EJECUTADO						\$16,547,694		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,585,577		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:								
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
85675876	\$1,034,231	\$129,279		\$165,477		3	\$25,194	\$319,950
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 52744682 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Ejecutar bajo la directriz de la IED asignada el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que ataviase la ciudad en el momento.	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa, se reporta al sistema de alertas de la SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED.	Formato de cada IED.
Aplicar de manera inmediata el protocolo IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyéndola la RIA en situaciones críticas que afectan el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P.	Se notifica los casos sospechosos presentados en la IED, activar ruta de atención, se reporta a estrategia RIO P, de SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED.	Formato de cada IED
Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Cartelera y piezas comunicativas
Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategias de promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Cartelera y piezas comunicativas
Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, vacunación, que se lleve a cabo la SDS en la IED	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Cartelera y piezas comunicativas
Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, de la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en el IED asignado y sus respectivas sedes.	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Cartelera y piezas comunicativas
Apoyar el comité paritario de salud y seguridad en el trabajo COPASST y a la brigada escolar institucional en la actualización de los planes escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y cambio climático.	Se participa de las capacitaciones organizadas y lideradas por la coordinación del convenio que corresponden a: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN (MITIGACIÓN) DE BROTES EPIDEMIOLÓGICOS, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES ESCOLARES.	Se asiste a las capacitaciones programadas, se firma acta de asistencia, registro de asistencia.
Actuar como primer respondiente en caso de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde en lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	Ninguno	Ninguno
Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.	Se apoya primer respondiente en caso de accidentes, se activa ruta según SDS, y IED.	Acta, Formato de la IED.
Hacer uso semanal y reporte de los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la IED.	Se realiza reporte semanal de herramienta pedagógica dispuesta por IED.	REGISTROS
Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objetivo contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin	Se realiza reporte de actividades mensual, con su respectiva evidencia	Actas
Cumplir con la asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.	Se asiste cada mes presencialmente para la entrega de informes y demás en los horarios asignados	Actas y registros de asistencias.
Realizar el reporte diario de Cinco (5) actividades realizadas en la SED.	Se realiza diariamente cinco (5) actividades en la herramienta pedagógica	Material didáctico, evidencias fotográficas.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86484263	\$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS				Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte				

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52307792	SANDRA PATRICIA HERNANDEZ ALMONACID		CARRERA 92 74 66 SUR	3143027272	patriciaher2010@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
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86484263	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	52307792	HERNANDEZ ALMONACID SANDRA PATRICIA	57	0		N																			25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

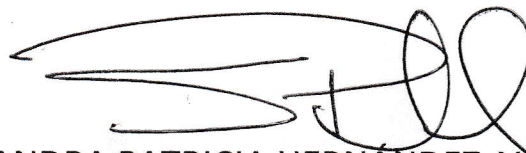
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA PATRICIA HERNÁNDEZ ALMONACID

C.C. 52. 307.792 DE BOGOTÁ.

La suma de \$ 2.278.109 (DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO NUEVE M/CTE) por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de salud pública Entorno Educativo - convenio interadministrativo 7826628-2025 durante el periodo del 06 al 31 de MAYO del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4105-2025.



SANDRA PATRICIA HERNÁNDEZ ALMONACID

C.C. 52.307.792 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA.

NUMERO 0570000470016122