

					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:			Martha Emilse Sanchez Daza					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		23423776
CORREO ELECTRONICO:			marsanda2829@gmail.com			CELULAR:		3143613239
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:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			59699115333				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1689			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	720	FECHA	2025-03-18 16:01:21.000		NÚMERO DE CRP	19150	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		Asistencial		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:					\$8,101,475			
VALOR EJECUTADO					\$8,101,475			
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		
9484283641	\$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
Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos presentados en la IED, correspondiente al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred.	Actividad programada	No aplica
Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote según recomendación del grupo ERI de la Subred.	No se aplica esta actividad para este mes	No aplica
Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades infectocontagiosas en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el(la) rector (a)del colegio o su delegado.	Se realiza socializacion de enfermedades infectocontagiosas con docentes, estudiantes ,personal administrativo.	Se realiza socializacion con material de apoyo (presentaciones, carteleras y actividades ludicas)
Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran intervención del equipo de la OCE.	Actividad programada	No aplica
5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia 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 socializacion de promocion en estilos de vida saludable segun lineamientos , acciones y proyectos estrategicos.	Se realiza socializacion con material de apoyo (presentaciones, carteleras y actividades ludicas)
Apoyar las campañas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Actividad programada	No aplica
Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Se participa en los procesos de capacitacion que programa la SDS, SED, IED.	Se participa en las capacitaciones con efectividad con soporte de actas y lista de asistencia .
Apoyar a los comités de riesgos escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencias escolar cuando sean convocados.	Actividad programada	No aplica
Actuar como apoyo al primer respondiente en caso de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del código penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta del manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	se realiza apoyo con el primer respondiente en lecciones leves y graves.	Reporte diario en el link de PYP de la SED
Realizar el reporte diario de cinco(5) actividades realizadas en la IED.	Se realiza socializacion de promocion en estilos de vida saludable segun lineamientos , acciones y proyectos estrategicos.	Reporte diario en el drive y en el link de SED.
Hacer uso semanal y reporte de los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se realiza socializacion de promocion en estilos de vida saludable segun lineamientos , acciones y proyectos estrategicos.	Reporte diario en el drive y en el link de SED.
Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objetivo contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitado para tal fin.	Se Presenta informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objetivo contractual, junto con evidencias de su desarrollo.	se presenta informe mensual con las evidencias solicitadas por el lider de apoyo, evidencia fotografica, planeador, bitacora, el diario, evidencia significativa en el drive.
Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informe y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.	Se cumple con la asitencia de entrega mensual de informes y desmas gestiones por la subred.	cumplir con las evidencias y informes para la entrega del producto final .

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 23423776		SANCHEZ DAZA MARTHA EMILSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6B 79C 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7442498	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	04100308	9484283641	I	2025/04/21	2025/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	4	\$441,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$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
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
1	CC 23423776	SANCHEZ MARTHA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23423776		SANCHEZ DAZA MARTHA EMILSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6B 79C 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7442498	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-03	2025-03	04100308		9484283641	I	2025/04/21	2025/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	\$441,700

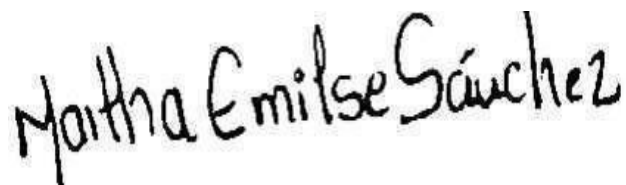
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,200	\$0	\$441,700	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 4/2025
LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA EMILSE SANCHEZ DAZA
C.C. 23.423.776 de San Luis de Gaceno (Boy).

La suma de \$ 2.585.577 Dos millones quinientos ochocenta y cinco mil quinientos setenta y siete pesos m/cte., por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 en el área de salud pública Entorno Educativo - Convenio Interadministrativo 6598244-2024 durante el periodo del 1 al 30 de Abril de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1689-2025

A handwritten signature in black ink that reads "Martha Emilse Sánchez". The signature is written in a cursive, flowing style.

C.C. 23.423.776 de San Luis De Gaceno (Boy)

AHORROS BANCOLOMBIA

596-991153-33