

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                               |           | 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         |               |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | anyela viviana guanga marquez |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                           | X         | C.E                              | No.           |                                                                                     | 59683936                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | anyelavivi1983@outlook.com    |           |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 2890736                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                               |           |                                  | SUBRED        |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | CONTRATO PAPSIVI              |           |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                        |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K33-8              | 100                      |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                               |           | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24101840727                   |           |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 126                      |                               |           | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1505                   | FECHA                    | 2025-07-14 08:35:43.000       |           | NÚMERO DE CRP                    | 32230         | FECHA                                                                               | 2025-07-19 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | DESDE                    | FECHA INICIAL                 |           | HASTA                            | FECHA FINAL   |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          | 2025-06-01                    |           |                                  | 2025-06-30    |                                                                                     |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                               |           | \$3,562,790                      |               |                                                                                     |                         |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                               |           | \$22,089,297                     |               |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                               |           | \$19,832,864                     |               |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                               |           | \$3,562,790                      |               |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                               |           | \$0                              |               |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                               |           | \$2,256,433                      |               |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                               |           | 90%                              |               |                                                                                     |                         |
| 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 |                                                                                     |                         |
| 9486507952                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,425,116            | \$178,140                | \$228,019                     | 3         | \$34,716                         | \$440,874     |                                                                                     |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| "Proceso Salud Ancestral Continuidad y cierre de 50 procesos de atención en salud ancestral. (correspondiente a 10 casos en modalidad individual y 1 en modalidad familiar por equipo). "                                                                                                                     | SE REALIZARON LAS SEGUNDAS ATENCIONES DE LOS 10 CASOS PERSONALES Y EL FAMILIAR                                                       | FORMATO DE ASITENCIA                    |
| DIGITAR EN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL EQUIPO (SEGÚN LA MODALIDAD), EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DE MANERA SEMANAL.                                                                                                             | SE DIGITAN LAS FECHAS DE LAS SEGUNDAS SESIONES DE LOS 10 CASOS PERSONALES Y FAMILIAR                                                 | FORMATO DE MATRIZ PSICOSOCIAL           |
| Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas                                                                                                                                                                                                                                           | SE PARTICIPO EN EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS                                                                           | LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOS             |
| Participar en la jornada de cuidado emocional                                                                                                                                                                                                                                                                 | SE PARTICIPO EN LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL                                                                                      | LISTA DE ASITENCIA Y FOTOS              |
| "Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto atención psicosocial diferencial para población víctima del conflicto armado con pertenencia étnica "                                                                                                    | SE REALIZAN APORTES AL INFORME TECNICO DESDE LAS SESIONES DE LA BINA EN SALUD INTEGRAL EN LAS 10 ATENCIONES PERSONALES Y LA FAMILIAR | LISTA DE ASITENCIA Y FOTOS              |
| "Psicoancestral Realizar el abordaje de 5 procesos de atención Psicoancestral comunitario (UBUNTU) para personas víctimas del conflicto armado. Preparar la metodología, y la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención Psicoancestral en formato previamente establecido" | SE REALIZA EL UBUNTU CON METODOLOGIA DESDE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS COMUNIDADES NEGRAS                                               | LISTA DE ASITENCIA Y FOTOS              |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS POR LAS COORDINACIONES DEL PROCESO                                                                                         | SE PARTICIPA DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LA SDS, SE PARTICIPO EN CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS                                          | LISTA DE ASITENCIA, FOTOS Y CERTIFICADO |
| <p align="center"><b>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ</b><br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      |                                         |
| <p 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 align="center">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 59683936                   |    | GUANGA MARQUINEZ ANYELA VIVIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Diagonal 23 sur # 61 f 35 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | Sí                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2025-05                           | 2025-05 | 9486507952 |  | 9486507952 | I        | 2025/06/11 | 2025/06/19 | BANCO DE BOGOTA | \$443,500 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |               |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |          |        |     |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|---------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|----------|--------|-----|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION       |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |          |        |     |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo        | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC      | Aporte |     |     |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |          |               |        | \$1,425,117 | \$228,100   |           |        | \$1,425,117 | \$178,200   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,425,117 | \$34,800 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |               |        | \$1,425,117 | \$228,100   |           |        | \$1,425,117 | \$178,200   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,425,117 | \$34,800 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |               |        | \$1,425,117 | \$228,100   |           |        | \$1,425,117 | \$178,200   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,425,117 | \$34,800 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| 1                                                | CC             | 59683936 | GUANGA ANYELA | Z30301 | 30          | \$1,425,117 | \$228,100 | EPS002 | 30          | \$1,425,117 | \$178,200 |      | 0   | \$0    |         | \$0  | 14-11       | 30       | \$1,425,117  | \$34,800 | 0      | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |               |        | \$1,425,117 | \$228,100   |           |        | \$1,425,117 | \$178,200   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,425,117 | \$34,800 |              | \$0      | \$0    |     |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                  |                 |                    |                           |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                     | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                 | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 59683936                   |    | GUANGA MARQUEINEZ ANYELA VIVIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Diagonal 23 sur # 61 f 35 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2025-05                           | 2025-05 | 9486507952 |  | 9486507952 | I        | 2025/06/11 | 2025/06/19 | BANCO DE BOGOTA | \$443,500 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$228,100        | \$1,200        | \$0                    | \$229,300        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$228,100        | \$1,200        | \$0                    | \$229,300        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,800         | \$200          | \$0                    | \$35,000         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,800         | \$200          | \$0                    | \$35,000         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,200        | \$1,000        | \$0                    | \$179,200        |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$178,200        | \$1,000        | \$0                    | \$179,200        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$441,100</b> | <b>\$2,400</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$443,500</b> |  |

SURESOC- SUBRED-SOC

Cuenta de Cobro SECOP II

Editar

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14215261

Verifica que eres tú

Google Chrome no es tu navegador predeterminado

Establecer como predeterminado

EscritorioMenúAdministración de contratosVer contrato

1Información general

2Condiciones

3Bienes y servicios

4Documentos del Proveedor

5Documentos del contrato

6Información presupuestal

7Ejecución del Contrato

8Modificaciones del Contrato

9Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?SiNo

| Id de pago                                                                    | Numero de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                        | Nombre del archivo              | Cargado por                                                 |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf             | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PANTALLAZO CUENTA DICIEMBRE.pdf           | PANTALLAZO CUENTA DICIEMBRE.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO_2025.pdf            | CUENTA DE COBRO ENERO_2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf               | CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 59683936_IAS.pdf                          | 59683936_IAS.pdf                | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO....pdf              | CUENTA DE COBRO MARZO....pdf    | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf                 | CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRE MAYO.pdf                  | CUENTA DE COBRE MAYO.pdf        | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

BorrarCargar nuevo

16°C

Parc. soleado

Buscar

ESP LAA

10:36 a. m.

26/06/2025

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |                            | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | anyela viviana guanga marquez |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                           | X                          | C.E                              | No.           |                                                                                     | 59683936                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | anyelavivi1983@outlook.com    |                            |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 2890736                             |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                               |                            |                                  | SUBRED        |                                                                                     |                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | CONTRATO PAPSIVI              |                            |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K33-8         | 100                      |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.   |                               |                            | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 24101840727                   |                            |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                                  |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 126                      |                               |                            | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1141                     | FECHA                         | 2025-05-14<br>13:56:50.000 | NÚMERO DE CRP                    |               | 25378                                                                               | FECHA<br>2025-05-26<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                         | FECHA INICIAL              |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               | 2025-05-01                 |                                  |               | 2025-05-31                                                                          |                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                               |                            | \$3,562,790                      |               |                                                                                     |                                     |
| 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. |                   |                          |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                               |                            |                                  |               |                                                                                     |                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                               |                            |                                  | VALORES       |                                                                                     |                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                               |                            |                                  | \$22,089,297  |                                                                                     |                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |                            |                                  | \$16,270,074  |                                                                                     |                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                               |                            |                                  | \$3,562,790   |                                                                                     |                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                               |                            |                                  | \$0           |                                                                                     |                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                               |                            |                                  | \$5,819,223   |                                                                                     |                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                               |                            |                                  | 74%           |                                                                                     |                                     |
| 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 |                                                                                     |                                     |
| 9485031738                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,425,116       | \$178,140                | \$228,019                     | 3                          | \$34,716                         | \$440,874     |                                                                                     |                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| "Proceso Salud Ancestral Continuidad y cierre de 50 procesos de atención en salud ancestral. (correspondiente a 10 casos en modalidad individual y 1 en modalidad familiar por equipo). "                                                                                                                     | SE REALIZARON LAS APERTURAS DE LOS DIEZ CASOS Y DOS ATENCIONES DEL FAMILIAR                                | FORMATOS DE ATENCION        |
| DIGITAR EN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL EQUIPO (SEGÚN LA MODALIDAD), EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DE MANERA SEMANAL.                                                                                                             | SE DIGITARON LAS ATENCION PSICOSOCIALES DE LOS 10 USUARIO Y DEL FAMILIAR                                   | MATRIZ PSICOSOCIAL          |
| Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas                                                                                                                                                                                                                                           | SE PARTICIPO EN JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES TECNICAS                                    | LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOS |
| Participar en la jornada de cuidado emocional                                                                                                                                                                                                                                                                 | SE PARTICIPA EN LA JORNADA EMOCIONAL DE ESTE MES                                                           | LISTA DE ASITENCIA Y FOTOS  |
| "Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto atención psicosocial diferencial para población víctima del conflicto armado con pertenencia étnica "                                                                                                    | SE REALIZAN APORTES TECNICOS AL INFORME MENSUAL DE MAYO                                                    | FORMATO DE INFORME          |
| "Psicoancestral Realizar el abordaje de 5 procesos de atención Psicoancestral comunitario (UBUNTU) para personas víctimas del conflicto armado. Preparar la metodología, y la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención Psicoancestral en formato previamente establecido" | SE REALIZA UBUNTU DE ESTA VIGENCIA                                                                         | LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOS |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS POR LAS COORDINACIONES DEL PROCESO                                                                                         | SE PARTICIPA EN ASISTENCIA TECNICA EN LA SECRETARIA DE SALUD, DONDE SE EXPUSO LA ESTRATEGIA PSICOANCESTRAL | LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOS |

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

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

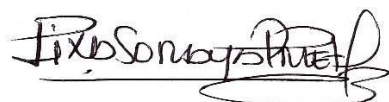
**DEBE A:**

**ANYELA VIVIANA GUANGA MARQUINEZ**  
**C.C 59683936 DE Tumaco**

La suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS (\$3.562.790), por concepto de servicios como técnica en salud en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 126-2025

*Anyela Guanga*  
**ANYELA VIVIANA GUANGA MARQUINEZ**  
**C.C 59683936 DE TUMACO**  
**CUENTADEAHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO 24101840727**

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



**LIXA SORAYA PRIETO LÓPEZ**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**

---