Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA
No. Identificación: CC1017122650
Dirección: CLL64#111B15
Telefono: 7174268
Correo: edinelsi@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387361095

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1017122650	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2025
Número de planilla	8387361095	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2025
Fecha pago	2025-07-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	17012732	**Total Pagado**	441100
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8387361095

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228100	1
EPS002	Salud Total EPS	178200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1017122650
APELLIDOS Y NOMBRES: EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	25-14	1425117	1425117	1425117	0	178200	0	228100	0	34800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1017122650	
CORREO ELECTRONICO:	edinelsiibarguen@gmail.com				CELULAR:	3134796490	
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:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	23146960481				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	8356			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1141	FECHA	2025-05-14 13:56:50.000	NÚMERO DE CRP	23398	FECHA	2025-05-26 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	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:	$27,789,761
VALOR EJECUTADO	$25,533,328
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,562,790
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,256,433
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
8386797695	$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
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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).	Ficha de registro de atención y seguimiento en salud física	Ficha de registro de atención y seguimiento en salud física
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.	MATRIZ DE SISTEMATIZACION DILIGENCIADA DE MANERA SEMANAL	MATRIZ DE SISTEMATIZACION DILIGENCIADA DE MANERA SEMANAL
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas	PARTICIPAR EN JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL	PARTICIPAR EN JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL
Participar en la jornada de cuidado emocional	REALIZAR APORTES TÉCNICOS PARA EL INFORME MENSUAL O FRACCION	REMITIR INFORME EN ESTRUCTURA DEFINIDA
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	Realizar el abordaje de 5 procesos de atención psicoancestral comunitario (UBUNTU) 1 POR EQUIPO para personas víctimas del conflicto armado	ACTAS DE PLANEACION, PAP030 FICHA DE ATENCION PSICOANCESTRAL
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	PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS O REUNIONES CONVOCADAS POR LA SDS O LA COORDINACION	ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA
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	PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS O REUNIONES CONVOCADAS POR LA SDS O LA COORDINACION	ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA

C.C 1017122650 DE MEDELLIN

La suma de (tres millones quinientos sesenta y dos mil setecientos noventa) (3.562.790), por concepto de servicios como Técnica auxiliar en enfermería en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 1 al 31 de Mayode 2025, de conformidad con lo establecido en el contratode prestación de servicios No 8356 -2024

Edinelsi Ibarguen Mosquera

C.C 1017122650 DE MEDELLIN

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 23146960481

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes Mayo 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