

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Rosa Nay Viera Cortes					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1087123902		
CORREO ELECTRONICO:	rosanaycortes@gmail.com			CELULAR:	3027639685		
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		4550217878			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		4648		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1505	FECHA	2025-07-14 08:35:43.000	NÚMERO DE CRP	32259	FECHA	2025-07-19 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-01-07			2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,226,590			
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 repercute 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:	\$4,527,400
VALOR EJECUTADO	\$3,043,006
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,226,590
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1,484,394
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
8637151595	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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
De manera mensual se diligenciará la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la estrategia definida para ello, actividad conjunta con la Estrategia de Formar en Paz.	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento convocadas por la SDS y la coordinación del proceso.	30/07/2025 Reunión para entrega de soportes mensuales	Acta y listado de asistencia
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas.	10/07/2025 Fortalecimiento Tecnico	Acta y listado de asistencia
Participar en la jornada de cuidado emocional	15/07/2025 Jornada de cuidado emocional	Acta y listado de asistencia
Participar en la jornada interestrategias liderada por el equipo de la estrategia Formar en Paz	16/07/2025 Jornada Inter Estrategias Diferenciales	Acta y listado de asistencia
Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar la implementación del proceso de atención psicosocial y el cierre por cumplimiento de objetivos en modalidad individual – grupal con 2 grupos, compuestos mínimo por 7 mujeres cada uno	4 jornadas de focalización en modalidad individual -grupal	Acta y listado de asistencia
Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto estrategia diferencial de y para mujeres víctimas del conflicto armado	Informe mensual de la Estrategia Diferencial de y para Mujeres Víctimas del Conflicto Armado	Radicado Informe mensual mes Julio 2025

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

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8637151595
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8637099815
Fecha Pago Planilla: 2025-07-17

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ROSA NAY VIERA CORTES	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1087123902	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CRA 78 L 35 56 SUR	DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C	MUNICIPIO	BOGOTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	ROSANAYCORTES@GM AIL.COM	TELÉFONO	3027639685
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 06	Año: 2025	Mes: 06	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		8637151595

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario	
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres		Salario Básico
CC-1087123902	59	No	No	No	11	1	3861001	Salario	VIERA CORTES ROSA NAY		\$1.423.500

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	T D E	T A E	T D A	T A S	V P P	Fecha Nov Vsp	V T E	V S L	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	I G E	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	L M A	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	V A C	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	A V C P T	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin			
CC - 1087123902	X	2025-06-19																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1087123902	PORVENIR	12	\$569.400	0.1600000	\$91.200	\$0	\$0	\$91.200	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1087123902	SALUD TOTAL	12	\$569.400	0.1250000	\$71.200	\$0	0	\$0	0	\$0	12	\$569.400	900959048	0.0243600	\$13.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1087123902	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 06

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADO RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$91.200	\$0	\$0	\$0	\$0	15	\$900	\$0	\$0	\$92.100

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQÜO INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SALUD TOTAL	1	\$71.200	\$0	0	\$0	0	\$0	\$71.200	15	\$700	\$0	\$71.900	\$0	0	\$0	\$0	\$71.900	\$0	\$0	\$71.900

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQÜO INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	\$13.900	0	\$0	\$0	\$13.900	15	\$200	\$14.100	0	\$0	\$0	\$14.100

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	\$0	15	\$0	\$0
SENA	0	\$0	15	\$0	\$0
ICBF	0	\$0	15	\$0	\$0
ESAP	0	\$0	15	\$0	\$0
MinEdu	0	\$0	15	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$71.900
PENSIONES	1	\$92.100
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$14.100
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$178.100

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ROSA NAY VIERA CORTES CC. 1087123902 DE TUMACO, NARIÑO

La suma de: **DOS MILLONES DOCIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (2.226.590)**, por concepto de servicios como Gestor Comunitario/Promotor en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo del **01 al 31 de julio de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4648- 2025**



(FIRMA)

ROSA NAY VIERA CORTES CC. 1087123902 DE TUMACO NARIÑO

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 045-502178-78

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