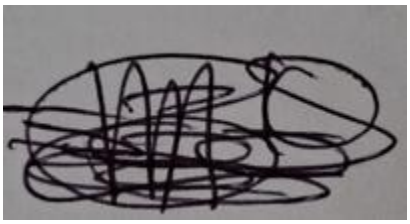
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 2025
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUDY KARINA MARTINEZ BELTRAN
C.C 53.096.910 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de (**2.733.731**) **Dos millones setecientos treinta y tres mil setecientos treinta y un peso M/CTE**., por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 en el área de Dirección de Gestión del Riesgo en Salud - Convenio Interadministrativo 7826628-2025 durante el periodo del **01 de agosto del 2025 al 30 de agosto de 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°- **4128-2025.**



JUDY KARINA MARTINEZ BELTRAN.
C.C. 53.096. 910.DE BOGOTA D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
N.º 005370337007

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



ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA CONVENIO 7826628-2025

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:	judy karina martinez beltran						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53096910	
CORREO ELECTRONICO:	judykmartinezb88@hotmail.com				CELULAR:	3124891953	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONVENIO 7826628 - SECRETARIA DE EDUCACION				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	570005370337007				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4128			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1502	FECHA	2025-07-14 15:28:22.000	NÚMERO DE CRP	32093	FECHA	2025-07-16 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-08-01		2025-08-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$2,733,731		
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:	$11,572,794
VALOR EJECUTADO	$8,383,435
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,733,731
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,189,359
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%

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
88368779	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Agosto 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
1.Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondiente al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la subred.	Se realiza socialización de protocolos para el manejo de brotes epidemiológicos, se realiza seguimiento en caso de presentarse casos en grupos correspondiente para dar cumplimiento a indicaciones dadas por equipo ERI.	Acta y base seguimiento hasta el cierre (en caso de presentarse) No se presentaron casos para el mes
2.Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendaciones del grupo ERI de la subred. En el caso de estudiante de primera de carácter inmediato ante IRA, ERA ,EDA, varicela, sarampión ,pediculosis y gastroenteritis , entre otros según establecidos por lineamiento de salud pública.	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa se reporta al sistema de alertas de la SDE se lleva registro institucional por cada IED	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa se reporta al sistema de alertas de la SDE se lleva registro institucional por cada IED
3.Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades trasmisibles en las sede de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el ((la) rector (a) del colegio a su delegado.	Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Carteleras y piezas comunicativas
4.Actuar como apoyo ante situaciones criticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	No se presenta casos para el mes	Ninguno
5.Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento especifico 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 rector (a) del colegio a su delegado.	Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo
6.Apoyar las campañas concertadas que lleva a cabo la SDS en la IED asignada (tamizaje de peso y talla , jornadas de vacunación ,alud bucodental y las especificas por relevancia desde salud publica) .	Se apoya toda campaña realiza por la SED para la IED en promoción y prevención o tamizaje nutricional. No se realiza para el mes	actas y registro de asistencia Ninguno
7.Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar ,alimentación, tiendas escolares y convivencia escolar ,cuando sean convocados .	mes no se realizó esta actividad Para este	Ninguno
8.Apoyar al comité institucional para la gestión integral del riesgo escolar PGIRE.	No se presentan para el mes	Ninguno
9.Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares ,conforme a lo establecido en el articulo131 del código penal colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración del primer respondiente del colegio.	Se realiza acciones de primer respondiente con apoyo de la IED a todo caso que se presenta a diario en la IED en accidentes escolares.	Acta de accidentalidad escolar, bitácora
10.Realizar el reporte de cinco (5) actividades realizadas en la IED.	Se realizan actividades y se reporta en la bitacora de promotoras	Planeación mensual y diaria,Registro diario en bitácora de promotoras y evidencias en drive
11. Hacer uso semanal y reporte de los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se realiza registro diario de link correspondiente a tema de herramienta pedagógica en aula virtual de la SED	Registro en aplicativo (link)
12.Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	se diligencia herramienta pedagógica con totalidad de actividades correspondientes para el mes con respectivas evidencias al drive.	Carpeta compartida en drive
13.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.	Asistir a la institución en el horario acordado con el Rector	Evidencia fotográfica al ingreso y salida de la institución por medio de la aplicacionTimestamp

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53096910	JUDY KARINA MARTINEZ BELTRAN	cr 71 31 61 sur	7356161	judykmartinezb88@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-07	2025-07	I	01/09/2025	88368779	$448.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	27	3.100	0	181.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	27	3.900	0	231.700	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	27	600	35.300			347	35.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	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	181.100
Pensión	1	227.800	231.700
Riesgos Laborales	1	34.700	35.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	448.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53096910	JUDY KARINA MARTINEZ BELTRAN		cr 71 31 61 sur	7356161	judykmartinezb88@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2025-07	2025-07	I	01/09/2025	88368779	$448.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	53096910	MARTINEZ BELTRAN JUDY KARINA	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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