aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033782716 | | FLOREZ CARDOZO KAROL HASBLEIDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle:76a - 34 - 52 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7655931 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1000002407 | 9489204655 | I | 2025/08/06 | 2025/08/19 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $409,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1033782716 | FLOREZ KAROL | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033782716 | | FLOREZ CARDOZO KAROL HASBLEIDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle:76a - 34 - 52 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7655931 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1000002407 | 9489204655 | I | 2025/08/06 | 2025/08/19 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $409,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $405,800 | $3,400 | $0 | $409,200 |

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | karol hasbleidy florez cardozo | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1033782716 | |
| CORREO ELECTRONICO: | hasbleidyflorez23@gmail.com | | | | CELULAR: | 3204305056 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-6 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488451585696 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8918 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1766 | FECHA | 2025-08-27 12:56:28.000 | NÚMERO DE CRP | 37760 | FECHA | 2025-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,539,843 | | | | |
| 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: | $22,749,965 |
| VALOR EJECUTADO | $22,667,144 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,539,843 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $82,821 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9489204655 | $982,809 | $122,851 | $157,249 | 3 | $23,941 | $304,042 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Cumplir con calidad lineamiento | Documentos requeridos |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado. | Asistir a jornadas requeridas | Sis kardex formato de firmas |
| Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | Realizar demanda inducida | Documentos requeridos |
| Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes | Realizar actividades requeridas con humanización y respeto | Documentos requeridos |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | Asistir comite extramural | Formato de asistencia |
| Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Dar información de calidad | Documentos requeridos |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Realizar entrega de productos y informes requeridos | Documentos requeridos |
| Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control. | Alistar soportes de auditoría | Sis kardex formato de firmas |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos. | Elaborar cronograma de actividades | Entregar cronograma de actividades |
| Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. | Atender las diferentes solicitudes requeridas | Documentos requeridos |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Informar oportunamente eventualidades | Documentos requeridos |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Mantener imagen institucional | Documentos requeridos |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad | Portar elementos institucionales | Chaqueta y carnet institucional |
| Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Cuidar y dar buen uso a los elementos de trabajo | Entregar elementos sobrantes a finalizar actividades |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Cumplir con la normativa de los documentos requeridos | Documentos requeridos |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario deSalud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera | Asistir a las jornadas requeridas | Sis kardex formato de firmas |

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

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**KAROL HASBLEIDY FLOREZ CARDOZO**
**C.C 1033782716 DE BOGOTÁ**

La suma de dos millones quientos mil trenta y nueve mil ochocientos cuarenta y tres pesos, $ 2.539.843 concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 01 al 31 de agosto del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **8918-2024**

Karol Florez

**KAROL HASBLEIDY FLOREZ CARDOZO**
**C.C 1033782716 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVI**
**NUMERO 0550488451585696**

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

Maira Afonsecas.

**MAIRA**
**ALEJANDRA FONSECA SALGUERO**
**Apoyo a la supervisión**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**