

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MAYRA ALEJANDRA DE LA ROSA REALES  
CC:1.048.554.619 DE ARENAL BOLIVAR**

La suma de **(Dos millones cuatrocientos Un mil Ochocientos Cincuenta Pesos M/c) (\$2.401.850)**, por concepto de servicios como **(AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO)**, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de **1 al 30 de SEPTIEMBRE** de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3446-2025**



**C.C. 1.048.554.619 de ARENAL BOLIVAR**

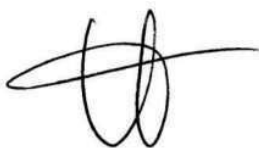
**CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA NUMERO 18600004743**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como profesional de apoyo**



**ANGELA LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ  
Profesional de apoyo EBEH**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión  
Equipos Básicos extramurales**

- 1

Información general
- 2

Condiciones
- 3

Bienes y servicios
- 4

Documentos del Proveedor
- 5

Documentos del contrato
- 6

Información presupuestal
- 7

Ejecución del Contrato
- 8

Modificaciones del Contrato
- 9

Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SiNo

| Id de pago                                                                    | Número 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                                       |
|--------------------------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------------------|
| <div><div></div></div> IAS MAYRA DE LA ROSA .pdf       |  | IAS MAYRA DE LA ROSA .pdf       | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <div><div></div></div> cuenta de cobro marzo .pdf      |  | cuenta de cobro marzo .pdf      | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <div><div></div></div> cuenta cobro mayo.pdf           |  | cuenta cobro mayo .pdf          | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <div><div></div></div> CUENTADE COBRO JUNIO06 .....pdf |  | CUENTADE COBRO JUNIO06 .....pdf | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <div><div></div></div> CUENTADEJULIO011 .pdf           |  | CUENTADEJULIO011 .pdf           | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <div><div></div></div> CUENTA DE COBRO AGOSTO .pdf     |  | CUENTA DE COBRO AGOSTO .pdf     | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                   |                |                                   |                 |                    |                    |                     |            |                       |             |           |        |           |     |          |              |     |             |
|-------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|------------|-----------------------|-------------|-----------|--------|-----------|-----|----------|--------------|-----|-------------|
| Identificación                                  | dv             | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Cludad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |             |           |        |           |     |          |              |     |             |
| CC 1048554619                                   |                | DE LA ROSA REALES MAYRA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | call 22gbis 121-87 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 4043857    | No                    |             |           |        |           |     |          |              |     |             |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION               |                |                                   |                 |                    |                    |                     |            |                       |             |           |        |           |     |          |              |     |             |
| Periodo                                         |                | Clave                             |                 | Fecha              |                    | Pago                |            |                       |             |           |        |           |     |          |              |     |             |
| Pensión                                         | Salud          | Pago                              | Planilla        | Tipo               | Planilla           | Limite              | Pago       | Banco                 | Dias        | Mora      | Valor  |           |     |          |              |     |             |
| 2025-08                                         | 2025-08        | 25181724                          | 9490615099      | I                  |                    | 2025/09/04          | 2025/09/02 | BANCO DE OCCIDENTE    |             | 0         |        | \$440,500 |     |          |              |     |             |
| 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   | Dias         | IBC | Aporte      |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |                                   |                 |                    | \$1,423,500        | \$227,800           |            |                       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |           | \$0 | \$0      |              |     | \$1,423,500 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |                                   |                 |                    | \$1,423,500        | \$227,800           |            |                       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |           | \$0 | \$0      |              |     | \$0         |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados) |                |                                   |                 |                    | \$1,423,500        | \$227,800           |            |                       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |           | \$0 | \$0      |              |     | \$0         |
| 1                                               | CC 1048554619  | DE LA ROSA MAYRA                  | 230301          | 30                 | \$1,423,500        | \$227,800           | EP5005     | 30                    | \$1,423,500 | \$178,000 | 0      | 14-11     | \$0 | \$34,700 | 0            | \$0 | \$0         |
| Total Afiliados( 1)                             |                |                                   |                 |                    | \$1,423,500        | \$227,800           |            |                       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |           | \$0 | \$34,700 |              |     | \$0         |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                   |                 |                    |                    |                     |                    |                        |               |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|------------------------|---------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Ciudad-Departamento | Teléfono           | Exonerado SENA e ICBF  |               |
| CC 1048554619                     |         | DE LA ROSA REALES MAYRA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | call 22gols 121-87 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4043857            | No                     |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                   |                 |                    |                    |                     |                    |                        |               |
| Periodo                           |         | Clave                             |                 | Tipo               |                    | Fecha               |                    | Pago                   |               |
| Pensión                           | Salud   | Pago                              | Planilla        | Planilla           | Limite             | Pago                | Banco              | Dias Mora              | Valor         |
| 2025-08                           | 2025-08 | 25181234                          | 9490615099      | I                  | 2025/09/04         | 2025/09/02          | BANCO DE OCCIDENTE | 0                      | \$440,500     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                                   |                 |                    |                    |                     |                    |                        |               |
| RIESGO                            |         | CODIGO                            | NIT             | DV                 | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO     | INTERESES MORA     | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                   |                 |                    | 1                  | \$227,800           | \$0                | \$0                    | \$227,800     |
| PORVENIR                          |         | 230301                            | 800,224,808     | 8                  | 1                  | \$227,800           | \$0                | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                   |                 |                    | 1                  | \$34,700            | \$0                | \$0                    | \$34,700      |
| ARL SURA                          |         | 14-11                             | 890,903,790     | 5                  | 1                  | \$34,700            | \$0                | \$0                    | \$34,700      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                   |                 |                    | 1                  | \$178,000           | \$0                | \$0                    | \$178,000     |
| SANITAS                           |         | EPS005                            | 800,251,440     | 6                  | 1                  | \$178,000           | \$0                | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                             |         |                                   |                 |                    | 1                  | \$440,500           | \$0                | \$0                    | \$440,500     |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                             |                   |                          |                                          |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Mayra Alejandra De la Rosa Reales        |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                      | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1048554619 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | alejandrarosa52@hotmail.com              |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3133741174 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                          |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46K33-5         | 100                      |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                          |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 18600004743                              |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3446                     |                                          |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1767              | FECHA                    | 2025-08-27<br>13:17:12.000               | NÚMERO DE CRP          | 38601                            | FECHA        | 2025-08-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                    | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          | 2025-09-01             |                                  |              | 2025-09-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                          | \$2,401,850            |                                  |              |                                                                                     |            |
| 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 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$17,689,246 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$13,583,611 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$2,401,850  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$4,105,635  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                          |                        |                                  | 77%          |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 9490615099                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                          | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br>52779671<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                                                                                                                                         |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |            |

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| umplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, 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 los equipos extramurales, 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. | Acciones en abordaje territorial y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en físico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad                                                                     | "Formato de caracterización y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes"                   |
| articipar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento.                                                                                                                        | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes físicos y digitales establecidos por la SDS                                                     |
| esarrollar 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 canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificación de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial                                                                                                                | "Formato de activación de ruta digital. Envío de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos"                                          |
| restar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Realizar caracterización a los menores de 5 años con identificación de riesgo establecidos en plan de choque "                                                                                                                                   | "Formato de caracterización y tamizaje Envío de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos "                                          |
| articipar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                      | "Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial "                                                                                                                                          | "Formato de activación de ruta digital "                                                                                                               |
| ortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Acciones en abordaje territorial identificación de necesidades, problemáticas en salud                                                                                                                                                            | Formato de caracterización y tamizajes, según parámetros de SDS.                                                                                       |
| realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), 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, apoyo a la supervisión 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 acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social." | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revisión y corrección de hallazgos y alistamiento de auditoría.                                                                                                                                 | "Formato de caracterización y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envío de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos" |
| laborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes.                                                                                                                                                                                   | No aplica                                                                                                                                              |
| informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.                                                                                                                  | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
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