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

DEBE A:

CRISTEL YARLEY CASTRO GOEZ
C.C 1.118.840.921 DE RIOHACHA

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 septiembre de 2025 al 30 de septiembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°- 4088-2025.

Cristel Castro

CRISTEL YARLEY CASTRO GOEZ
C.C 1.118.840.921 RIOHACHA.
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
N.º 700813012

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

Andrea J. Rodríguez C.

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA CONVENIO 7826628-2025

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-09-09, 09:52:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074893108

**Periodo Cotización:** agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823371932

## PAGADO 09/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CRISTEL YARLEY CASTRO GOEZ | | |
| **Documento** | CC1118840921 | **Dirección** | CR 87 SUR #49 - 15 CASA |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 12345678 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1118840921 | CRISTEL YARLEY CASTRO GOEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.423.500 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 | $ 1.700 | $ 470.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

| 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: | Cristel yarley castro goez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1118840921 | |
| CORREO ELECTRONICO: | criyarley@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213161112 | |
| 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 | 550007700813012 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4088 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1969 | FECHA | 2025-09-25 15:34:36.000 | NÚMERO DE CRP | 40885 | FECHA | 2025-09-30 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: | | | $2,733,731 | | | | |
| 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: | $11,572,794 |
| VALOR EJECUTADO | $11,117,166 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,733,731 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $455,628 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1074893108 | $1,093,492 | $136,687 | $174,959 | 3 | $26,637 | $338,283 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
52816389
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 |
|---|---|---|
| Efectuar, bajo la directriz de la IDE asignada, el seguimientos de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiologico en articulacion con el equipo ERI de la Subred | Cuando se presentan brotes epidemiologicos se realiza lo indicado por el equipo ERI | Este mes no se presentaron brotes epidemiologicos |
| Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para manejo inicial de cualquier brote epidemiologico segun recomendacion del grupo ERI de la Subred. En el caso de estudiantes de primera infancia de caracter inmediato ante IRA, ERA, EDA, varicela, sarampion, pediculosis y gastroenteritis, entre otros segun establecidos por lineamiento de salud publica | Cuando se presentan brotes en la IED se realizan las indicaciones del equipo ERI | Este mes no se presentaron brotes epidemiologicos en la IED |
| Adelantar acciones pedagogicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevencion de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durantee las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. | Se realizan actividades de pyp en la IED una vez por semana. | Se realizan carteleras, piezas comunicativas |
| Actuar como apoyo antes situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo de OCE de la SED. | Se cumple con el apoyo al primer respondiente | Se brindan los primeros auxilios basicos a los estudiantes afectados. |
| Adelantar acciones pedagogicas para la promocion de estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento especifico de la DBE (alimentacion saludable, actividad fisica, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la estrategia de promocion del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. | Se cumple con realizar actividades que fomentan un estilo de vida saludable en la poblacion estudiantil | SE realizan carteleras, actividades ludicas, piezas comunicativas entre otras. |
| Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asiganada (tamizajes de peso y talla, jornadas de vacunacion, salud bucodental y las especificas por relevancia desde salud publica). | Este mes se realizo la jornada de vacunacion y se cumplio con el apoyo | Se realizo demanda inducida con la poblacion estudiantil, se realizaron carteleras y piezas comunicativas |
| Apoyar a los comites de riesgo escolares, movilidad segura, alimentacion, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados. | Cuando recivo invitacion se cumple con el apoyo | Este mes no recibi invitacion |
| Apoyar al comité institucional para la Gestion integral del riesgo Escolar, y a la brigada escolar institucional en la actualizacion de los planes de Gestion integral del riesgo escolar PGIRE. | Se cumple cuando recivo la invitacion con el apoyo | Este mes no recibi invitacion al comitè |
| Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el articulo 131 del codigo penal colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinacion y colaboración con el primer respondiente del colegio. | Se cumple con el apoyo al primer respondiente | Se brindan los primeros auxilios basicos a los estudiantes afectados |
| Realizar el reporte diario de (5) actividades realizadas en la IED. | Se cumple con el reporte de las actividades diarias | Se realiza el reporte en el aplicativo de la secretaria de educacion. |
| Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED . | Se cumple con el uso diario del aplicativo de la SED | Se realiza el reporte de las actvidades diarias. |
| Presentar informes mensuales de las actividades desarolladas en el marco del objetivo contractual, junto con evidencias de su desarollo, segun las matrices o esquemas solicitados para tal fin. | Se cumple con presentar el informe mensual en la feca indicada | Se envia el informe mensual ala apoyo territorial |
| Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada. | Se cumple con la asistencia diaria a la IED | Se envia mensaje de entrada y salida, notificando la asistencia al apoyo territorial |

Copia certificada
Subred Suroccidente

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
52816389
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