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

DEBE A:

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ ALMONACID
C.C 52.307.792 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 septiembre de 2025 al 30 de septiembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°- 4105-2025.

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ ALMONACID
C.C 52.307.792 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
N.º 0570-000470016122

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

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	52307792	SANDRA PATRICIA HERNANDEZ ALMONACID	CARRERA 92 74 66 SUR	3143027272	patriciaher2010@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	
2025-09	2025-09	I	08/09/2025	89701550	$440.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	0	0	34.700			347	34.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	52307792	SANDRA PATRICIA HERNANDEZ ALMONACID		CARRERA 92 74 66 SUR	3143027272	patriciaher2010@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**	
2025-09	2025-09	I	08/09/2025	89701550	$440.500	

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**	**Estudiante**	**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	52307792	HERNANDEZ ALMONACID SANDRA PATRICIA	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	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

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:	Sandra Patricia Hernandez Almonacid						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52307792	
CORREO ELECTRONICO:	patriciaher2010@hotmail.com				CELULAR:	7979694	
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	570000470016122				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4105			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1969	FECHA	2025-09-25 15:34:36.000	NÚMERO DE CRP	40898	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
88968825	$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.

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
Realizar el seguimiento de casos identificados en la IED asignada, relacionados con evidencias de un brote epidemiológico, bajo las directrices establecidas por la institución, Este seguimiento se llevará a cabo en articulación con el equipo ERI(equipo de respuesta inmediata) de la subred garantizando la implementación de acciones oportunas y coordinadas según los lineamientos técnicos y normativos.	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa, se reporta al sistema de alertas de la SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED.	Registro, evidencias fotografías.
. Ejecutar de manera inmediata el protocolo establecido por la IED para el manejo inicial de brotes epidemiológicos, siguiendo las recomendaciones del grupo ERI de la subred, En el caso de estudiantes de primera infancia, actuar con carácter prioritario frente a enfermedades como IRA, ERA, EDA, varicela sarampión pediculosis, gastroenteritis, entre otras condiciones que puedan presentar en el contexto escolar, garantizando una respuesta adecuada y oportuna.	Se notifica los casos sospechosos presentados en la IED, activar ruta de atención, se reporta a estrategia RIO P, de SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED.	Registros, link de bitácoras, se envía correo a grupo ERI, desde el correo de la IED.
Desarrollar acciones pedagógicas con la comunidad educativa, incluyendo estudiantes, docentes y personal administrativo, enfocadas en la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED, asignadas, estas actividades se realizarán conforme a los acuerdos establecidos con el/la rector (a) o la directiva docente delegada de la institución educativa oficial del Distrito, garantizando una efectiva sensibilización y cumplimiento de los objetivos preventivos	Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo.	Link bitácora, registro fotográfico.
Brindar apoyo en la atención y manejo de situaciones críticas que demanden la intervención del equipo de la oficina para la convivencia Escolar (OCE) de la SED, asegurando una colaboración eficaz en la implementación de las acciones necesarias para resolver dichas situaciones conforme a los lineamientos establecidos.	Se informa a las orientadoras casos donde tienen que intervenir, de acuerdo con la situación presentada	Reporte a orientación.
Desarrollar acciones pedagógicas para promover estilos de vida saludable en las sedes de la IED asignada, de a acuerdo con los lineamientos específicos de la DBE, abordando temas como alimentación saludable, actividad física, prevención accidentes y movilidad segura, Asimismo, implementar las estrategias de promoción de bienestar, en coordinación con el/la rector (a) o la directiva docente 1 por IED.	Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo.	Link bitácora, evidencias fotografías.
Brindar apoyo en la realización de las campañas acordadas con la secretaria distrital de salud (SDS) en la IED asignada, incluyendo actividades como tamizaje de peso y talla, jornadas de vacunación, promoción de la salud bucodental y aquellas campañas específicas definida según prioridades de salud pública. Garantizar la adecuada coordinación y participación en dichas iniciativas de la comunidad educativa.	Se realiza apoyo en la jornada de vacunación.	Registros, actas, evidencias fotografías.
Brindar apoyo en los comités de riesgo escolar, movilidad escolar, alimentación, tiendas y convivencia escolares asegurando una participación activa y colaborativa en las reuniones y actividades cuando estos sean convocados, contribuyendo al desarrollo y cumplimiento de sus objetivos.	Para este mes No se asiste a reuniones.	Acta de reunión, evidencias fotográficas.
Apoyar comités institucionales para la gestión del riesgo escolar y a la brigada escolar institucional en el proceso de actualización de los planes de gestión integral del riesgo escolar (PGIRE) asegurando la incorporación de medidas actualizadas y el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos.	No se asiste a comités de la gestión del riesgo	Acta, Registro y evidencia fotográfica
Prestar apoyo al primer respondiente en la atención de accidentes escolares conforme a lo estipulado en el artículo 131 del código penal de Colombia y de acuerdo con la ruta de manejo de accidental escolar definida por la SED, trabajando en coordinación y colaboración con el primer respondiente en la IED.	Se realiza apoyo a primer respondiente en la IED, Se educa a los docentes en le diligenciamiento de actas de accidentalidad escolar.	Acta de accidentalidad escolar, reporte en el link fe bitácoras.
Elaborar reporte diario que documente cinco (5) actividades desarrolladas en la IED relacionadas con el fomento de estilos de vida saludable y la promoción en salud garantizando que la información sea precisa, completa y cumpla con los lineamientos establecidos.	Se realiza reporte diario de las cinco actividades de estilos de vida saludable y actividades de PyP en las plataformas correspondientes.	Link de bitácora, evidencias fotográficas.
Hacer uso semanal de los aplicativos de la herramienta pedagógica proporcionada por la SED Y realizar el correspondiente reporte, asegurando la correcta implementación y registro de las actividades.	Se realiza reporte de actividades en el plan de trabajo.	Link de bitácora, evidencia fotográfica.
Elaborar y presentar informes mensuales detallados sobre las actividades realizadas en el marco del objeto contractual, incluyendo evidencias documentales que respalden su ejecución, Dichos informes deberán ajustarse a las matrices o esquemas establecidos para este propósito, cumpliendo con los lineamientos técnicos y tiempos definidos.	Se realiza los informes mensuales,	Link de bitácora, evidencias fotográficas.
Garantizar la asistencia presencial de manera mensual para la entrega de informes y la realización de gestiones administrativas, en las fechas indicadas por la subred, asegurando una comunicación afectiva, el cumplimiento de las responsabilidades asignadas y la calidad en los procesos administrativos	Se asiste a las reuniones administrativas y capacitaciones por parte de la coordinadora del convenio.	Link de bitácora, evidencias fotográficas, acta de asistencia.

Copia Controlada 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

Copia Certificada
Subred Suroccidente