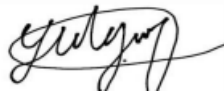


DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 2025
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YULY JAZMIN GALINDO GARZON
C.C 52.843.025 DE BOGOTA 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.º 4185-2025.



YULY JAZMIN GALINDO GARZON
C.C 52.843.025 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
N.º 24066219381

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52843025		GALINDO GARZON YULY JAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 73b bis a n 35c 60 sur apt 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005514797	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	25153516	9490676064	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE OCCIDENTE	\$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	
1	CC	52843025	GALINDO YULY	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52843025		GALINDO GARZON YULY JAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 73b bis a n 35c 60 sur apt 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005514797	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	25153516	9490676064	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE OCCIDENTE	\$442,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300

					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			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			YULY JAZMIN GALINDO GARZON					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52843025
CORREO ELECTRONICO:			galindoyuly38@gmail.com			CELULAR:		3005514797
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 CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24066219381				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4185			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1969	FECHA	2025-09-25 15:34:36.000	NÚMERO DE CRP	40940	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		
9490676064	\$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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos presentados en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa, se reporta y se lleva registro	Formatos IED
Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote según recomendación del grupo ERI de la Subred	Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa, se reporta y se lleva registro	Formatos IED
Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades infectocontagiosas en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	Cartelera y pieza comunicativa
Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo de la OCE	Se apoya cualquier situación crítica que requiera la intervención de la OCE	Actas
Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico 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 (la) rector (a) del colegio o su delegado	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo.	Cartelera y pieza comunicativas
Apoyar las campañas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada	Se realiza cartelera informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo.	Cartelera y piezas comunicativas
Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes	Se participa de las capacitaciones organizadas y lideradas por la coordinación del convenio que corresponden a: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN (MITIGACIÓN) DE BROTES EPIDEMIOLÓGICOS, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES ESCOLARES.	Actas y registros de asistencia
Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados	Se apoya los comités de tienda escolar	Actas de asistencia
Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	Se apoya primer respondiente en caso de accidentes, se activa ruta según SDS y IED.	Acta, Formato de la IED.
Realizar el reporte diario de cinco (5) actividades realizadas en la IED	Se realiza reporte de actividades realizadas en el IED	Actas y registros de asistencia
Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED	Se realiza reporte semanal de herramienta pedagógica dispuesta por IED	Registro
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 realiza reporte de actividades mensual, con su respectiva evidencia.	Actas
3. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred	Se asiste cada mes presencialmente para la entrega de informes y demás en los horarios asignados	Actas y registros de asistencia

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