**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

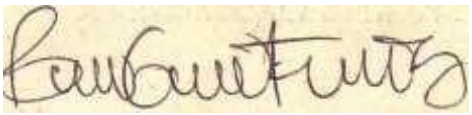
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**BRICEIDA GONZALEZ FUENTES CC 52481936 DE**

**BOGOTA**

La suma de $1.925.844 por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar de Enfermería durante el periodo de OCTUBRE 01 al 31 de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 606-2025



**BRICEIDA GONZALEZ FUENTES** NOMBRE Y

APELLIDO CONTRATISTA **CC 52481936 DE BOGOTA**

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 045-347719-54

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 | 52481936 | BRICEIDA GONZALEZ FUENTES | calle 65sur # 93d-46 | 3213982640 | briceidagonzalez1978@gmail.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 | 16/10/2025 | 89930372 | $442.500 | |

## 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 | 7 | 800 | 0 | 178.800 | 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 | 7 | 1.000 | 0 | 228.800 | 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 | 7 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 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 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 178.800 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 440.500 | 442.500 |

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 | 52481936 | BRICEIDA GONZALEZ FUENTES | | calle 65sur # 93d-46 | 3213982640 | briceidagonzalez1978@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | 16/10/2025 | 89930372 | $442.500 | |

## 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 | Estornado | 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 | 52481936 | GONZALEZ FUENTES BRICEIDA | 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

ARL

Medellin, 27 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **BRICEIDA GONZALEZ FUENTES** con documento de identidad **C52481936**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| 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: | BRICEIDA GONZALEZ FUENTES | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52481936 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | briceidagonzalez1978@gmail.com | | | | CELULAR: | 3 2 1 3 9 8 2 6 4 0 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS 50 MEXICANA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | SU50A38 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4534771954 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 606 | | | VIGENCIA | | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2156 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 47508 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,925,844 | | | | | |
| 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 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: | $1,925,844 |
| VALOR EJECUTADO | $1,925,844 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,925,844 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 89930372 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiovascular,ruta de cancer,ruta de alteraciones nutricionales,ruta de enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas, | Se realiza asignacion de citas para ruta materno perinatal, asignacion de citas ruta cardiovascular y demandas inducidas para ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Realizacion de segumiento de la ruta materno perinatal, entrega de citogias, entrega de suministros para toma de basiloscopias y posterior reporte a dinamica y envio de libros actualizados mensuales a lider y referentes de cada ruta |
| Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida. | Se brinda informacion a los usarios sobre conductas riesgosas para la salud, como el consumo de tabaco y el abuso de alcohol, el sedentarismo y la alimentación no saludable, y reemplazarlas con hábitos saludables. | Brindar informacion clara y comprensible que facilite sastifacer las necesidades de los usuario. |
| Realizar la notificación inmediata y semanal de eventos de interés en salud publica con la debida precritica. | Realizar notificacion inmediata cumpliendo los protocolos establecidos y utilizando las fichas repectivas de cada evento, Realizar la notificacion semanal en los horarios establecidos para evitar reportes negativos | Enviar evidencias de las noficaciones de los eventos realizados en el trascurso del dia y semanales a los correos asignados y en los horarios establecidos |
| Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo. | Participar activamente en los COVE mensual en los dias, lugares y horarios establecidos | Firmar las asistencias y llenar pretes , postes realizar retroalimentar a los profesionales y demas compañeros por medio de correos y actas. |
| Responder por el inventario de los consultorios a sus cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario a este. | Realizar registro de inventario a diario a los consultorio asignados. | Realizar seguimiento diario a los consultorios verificando que esten en buen estado y que cumplan con los suministros necesarios |
| Verificar el diligenciamiento completo de agenda de cada uno de los profesionales. | Se verifica a diario agendas que esten al 100% llenas | Entrega de Ritz a diario a los profesionales. |
| Dotar los consultorios de elementos medico quirúrgicos, papelería e Historias Clinicas necesarios para la realizacion de la consulta. | Dotar de elementos a los profesionales para que ellos realicen sus actividades sin contratiempos | Implementos al dia papeleria actuaalizada, para la ejecucion de funciones diarias |
| Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos. | Realizar la debida limpieza y desinfeccion a los consultorios asignados | Registro en carpeta de limpieza y desinfeccion de consultorios |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E. | Participar en todas las capacitaciones como Conversatorios de Calidad, Enfoque Diferencial y La Subred se Conecta | Firmar asistencia, llenar pretes y postes de las actividades vistas |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objetivo de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred. | Mantener en reserva la informacion de los usuarios y profesionales | Reserva de informacion brindada, respetando la integridad y diagnostico del usuario |
| Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos. | Adherencia a protocolos y lineamientos establecidos | Adherencia a los protocolos y lineamientos, tener total conocimiento frente a ellos y ponerlos en practica |
| Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integridad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia. | Brindar informacion oportuna, con trato humanizado y ofertar todos los servicios de calidad | Ofrecer los servicios oportunanamente dando informacion adecuada y clara |
| Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Participar en cada uno de los procesos de habilitacion y acreditacion aportando un buen manejo de los protocolos | Firmar asistencia, llenar pretes y postes y participar en las actividades para obtener mejores resultados |
| Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras. | Reportar de forma oportuna e inmediata de los eventos adversos para minimizar algun riesgo de peligro que comprometa la vida de los usuarios | Reportar en las paginas de seguridad del paciente y en los correos asignados |
| Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado. | Participar activamente en todas las capacitaciones y actividades | Firmar asistencia, llenar pretes y postes y participar en las actividades |
| Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 783 de 2002, | Realizar el pago de la planilla en su respectivo mes y reportarlo a lider | Presentar soportes de pago realizado cada mes en las fechas solicitadas |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato. | Realizar las actividades encomendadas por el lider y los referentes de cada ruta dando cumplimento a cabalidad en los tiempos establecidos | Entrega de reportes y evidencias de las actividades realizadas al lider y referentes de cada ruta |

Copia Certificada Subred Suroccidente

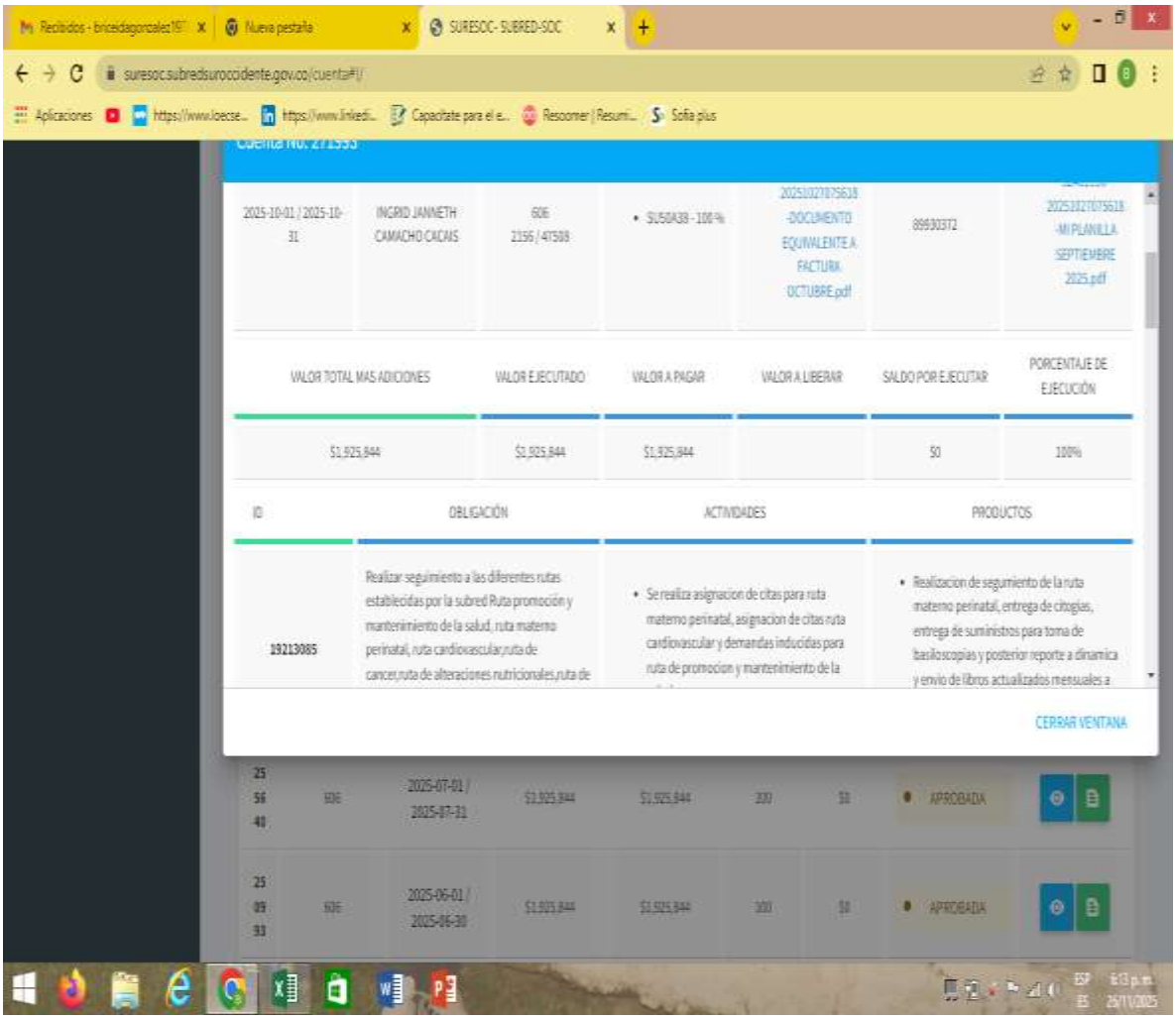
INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
Supervisor

---

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


Recibidos - briceidagonzalez197
Nueva pestaña
SURESOC - SUBRED-SOC
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Aplicaciones
Sofia plus
Cuenta No. 271353
2025-10-01 / 2025-10-31
INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
606
2356 / 47508
SUSOA38 - 100 %
20251027075618 -DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA OCTUBRE.pdf
89930372
20251027075618 -MI PLANILLA SEPTIEMBRE 2025.pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
VALOR A LIBERAR
SALDO POR EJECUTAR
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$1,925,844
$1,925,844
$1,925,844
$0
100%
ID
OBLIGACIÓN
ACTIVIDADES
PRODUCTOS
19213085
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiovascular,ruta de cancer,ruta de alteraciones nutricionales,ruta de
Se realiza asignacion de citas para ruta materno perinatal, asignacion de citas ruta cardiovascular y demandas inducidas para ruta de promocion y mantenimiento de la
Realizacion de seguimiento de la ruta materno perinatal, entrega de citogias, entrega de suministros para toma de baciloscopias y posterior reporte a dinamica y envio de libros actualizados mensuales a
CERRAR VENTANA
2556 40
606
2025-07-01 / 2025-07-31
$1,925,844
$1,925,844
100
$0
APROBADA
2509 93
606
2025-06-01 / 2025-06-30
$1,925,844
$1,925,844
100
$0
APROBADA