| 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: | MONICA TATIANA CASTILLO ARAGON | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012400326 | |
| CORREO ELECTRONICO: | monicaaragon78@yahoo.es | | | | CELULAR: | 3204024351 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46V07-15 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488402303975 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5829 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2289 | FECHA | 2025-11-21 15:40:58.000 | NÚMERO DE CRP | 54779 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Profesional Universitario 1 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-11-01 | | 2025-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,839,200 | | | | |
| 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: | $9,678,400 |
| VALOR EJECUTADO | $9,678,400 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,839,200 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1076358472 | $1,935,680 | $241,960 | $309,709 | 3 | $47,153 | $598,822 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, 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 las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Cumplir a cabalidad con las actividades acorde al perfil profesional universitario 1 profesional de seguimiento a cohortes en el marco de los equipos más bienestar en tu hogar. | Seguimiento a las cohortes asignadas, actas de seguimiento a la implementación de planes de cuidado, actas de generación de alertas, actas de participación en espacios de analisis |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios | Asistir y participar activamente en las jornadas de salud que sean programadas por la SDS y la Subred Suroccidente | Actas y listados de asistencia |
| Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y/o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | Desarrollar acciones de planeación, ejecución, control, refuerzo y retroalimentación a las cohortes de riesgo asignadas en el marco del modelo más bienestar en tú hogar. | Actas de seguimiento a las cohortes asignadas |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | Asistir y participar de las asistencias técnicas, fortalecimientos, inducciones o reinducciones y comités que sean programados por la Subred o la SDS. | Actas y listados de asistencia. |
| Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, 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 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 entrega oportuna y con calidad de productos e informes. solicitados para las cohortes de riesgo | Seguimiento al plan de acción mensual por cohorte, Actas de socialización de lineamientos y criterios de priorización con equipo y lideres operativos, Actas de direccionamiento técnico en el proceso de ruteo y contacto inicial a los gestores de bienestar y gestores en línea, Informe semanal de la implementación de los planes de bienestar, registros de acompañamiento en campo, generación de alertas socializadas con el equipo y líderes, tableros de control por cohorte, soportes de verificación de calidad y oportunidad de registros en GITAPS, actas de participación en espacios de análisis y mejora, actas de refuerzos o fortalecimientos técnicos, reporte de alertas tempranas, acta de articulación con profesional de enlace y lideres operativos. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas | Alistar soportes con calidad y oportunidad para auditoría | Presentar auditorias con soportes que contengan calidad y oportunidad. |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Mantener la imagen institucional en alto a través de las actuaciones individuales | Hacer uso adecuado de los elementos de identificación institucional |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Portar adecuadamente el carnet y la chaqueta institucional en la ejecución de las actividades. | Carnet y Chaqueta institucional |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Cumplir con la normativa de la gestión documental en la entrega de soportes | Soportes con calidad |
| El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente. | Guardar completa confidencialidad sobre información y documentos de los cuales tenga acceso. | Cumplimiento a la política de tratamiento y protección de datos personales de la Subred |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo | Dar cumplimiento a las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato | Demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato. |

Copia Certificada 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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-11-12, 04:56:04 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076358472

**Periodo Cotización** 202510 **Periodo Servicio** 202510

**Cliente:**

## PAGADA 2025-11-12

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MONICA TATIANA CASTILLO ARAGON | | | | |
| **Documento** | CC 1012400326 | **Dirección** | CR 87L #69 - 61 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4074613 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1012400326 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | CASTILLO ARAGON MONICA TATIANA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.935.680 | 230301 | | 16 % | $ 1.935.680 | $ 309.800 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 1.935.680 | $ 242.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.935.680 | $ 47.200 | CCF22 | 2 % | $ 1.935.680 | $ 38.800 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 309.800 | $ 0 | $ 0 | $ 242.000 | $ 47.200 | $ 38.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 637.800 |



**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!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A:**
**MÓNICA TATIANA CASTILLO ARAGÓN**

**CC: 1012400326 de Bogotá**

La suma de Cuatro Millones Ochocientos Treinta y Nueve Mil Doscientos pesos Mcte ($4.839.200), por concepto de servicios como Profesional Universitario 1, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5829- 2025.**

Mónica Tatiana Castillo

**MÓNICA TATIANA CASTILLO ARAGÓN**

**C.C. 1012400326 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 488402303975**

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

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

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Más Bienestar en tu Hogar**

**MONICA TATIANA CASTILLO ARAGÓN CC 1012400326**
**SECOP II**

