

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**ANGELACAMILASAENZ RODRIGUEZ**  
**C.C1002723241 DE San José de Pare (BOYACA)**

La suma de \$ 2.100.919 (DOS MILLONES CIENTO MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL PESOS) por concepto de:  
actividades desarrolladas como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO I durante el periodo del 01 al 30 de Noviembre  
del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1002-2025



**ANGELACAMILASAENZ RODRIGUEZ**  
**C.C1002723241 DE San Jose de Pare(BOYACA)**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO 24100843367**

|                       |          | NOMBRE                        | DOCUMENTO  | CORREO                    | CELULAR          | BANCO                                                                                      | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|----------|-------------------------------|------------|---------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La fecha máxima       |          | Angela Camila Saenz Rodriguez | 1002723241 | saenz.camila100@gmail.com | 6018149417       | BANCO CAJA SOCIAL S.A.                                                                     | AHORRO         | 2410084336                                                                                                                                                                     |
| RELACION DE CUENTAS 2 |          | PERIODO                       | SUPERVISOR | CONTRATO CDP / CRP        | CENTROS DE COSTO | DOCUMENTO EQUIVALENTE                                                                      | NO. PLANILLA   | PLANILLA                                                                                                                                                                       |
| ID                    | CONTRATO | PERIODO                       |            |                           |                  |                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                |
| 274511                | 1002     | 2025-01-01 / 2025-03-31       |            |                           |                  | • EQUIVALENTE-1002723241-20251030014054-equivalente camiloct 2025.pdf (angular/asets/sets/ |                | • PLANILLA 1002723241-20251030014054-9012795pdf (angular/asets/php/uplo                                                                                                        |
| 264153                | 1002     | 2025-01-01 / 2025-03-31       | Adriana    | 1002                      | • FO02           |                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                |
| 258467                | 1002     | 2025-07-01 / 2025-07-31       |            |                           | 100              | \$0                                                                                        | APROBADA       | <br> |
| 2535332               | 1002     | 2025-06-01 / 2025-06-30       |            |                           | 82.97            | \$2,270,950                                                                                | APROBADA       | <br> |

Búsqueda
 Mis procesos
 Menú
 Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?
 ☐ Sí
 ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago
 Número de factura
 Fecha de emisión
 Fecha de recepción
 Valor total de la factura
 Estado

8 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 [Incumplimientos](#)

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

|                          | Descripción                         | Nombre del archivo                  | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DE ENERO 2025.pdf   | CUENTA DE COBRO DE ENERO 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MES DE MARZO CAMI 2025.pdf   | CUENTA MES DE MARZO CAMI 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ABRIL CAMI 2025.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL CAMI 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro junio 2025 cami.pdf | cuenta de cobro junio 2025 cami.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro de julio.pdf        | cuenta de cobro de julio.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro agosto Cami.pdf     | cuenta de cobro agosto Cami.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |



CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE  
CAMI 2025.pdf

CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CAMI  
2025.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                          |                 |           |     |
| 2025-10              | 2025-10                          | I             | 19/11/2025               | 90964102        | \$442.600 |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.100                 | 0              | 228.900       | 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                             | 228.900       |
| 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             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 440.500                             | 442.600       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                       |                    |                                       |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                                |
| CC                  | 1002723241        | ANGELA CAMILA SAENZ RODRIGUEZ |        | CALLE 54 C SUR #87-21 | 8149417            | ANGELACAMILASAEENZRODRIGUEZ@GMAIL.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     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 19/11/2025               | 90964102        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$442.600     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |          |                   |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----------|-------------------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |          | RIESGOS LABORALES |         |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MAA | MAA | MAA | AVP | AVP | VCT   | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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   | 1002723241            | SAENZ RODRIGUEZ ANGELA CAMILA | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     | 230201   | 1.423.500         | 227.800 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS017                          | 1.423.500 | 178.000 | 14-11                  | 1.423.500 | 3       | 34.700          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     |                        | Versión<br>3                     |            |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                     |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |            |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |            |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Angela Camila Saenz Rodriguez                                       |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                                 | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 1002723241 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | saenz.camila100@gmail.com                                           |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 6018149417 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                     |                        | SUBRED                           |            |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | ADM DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10U08           | 100                      |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.   |                                                                     |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 24100843367                                                         |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1002                     |                                                                     |                        | VIGENCIA                         |            | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2295              | FECHA                    | 2025-11-21 15:51:57.000                                             | NÚMERO DE CRP          | 52727                            | FECHA      | 2025-11-30 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | TECNICO ADMINISTRATIVO I |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                               | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     | 2025-11-01             |                                  |            | 2025-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                     | \$2,100,919            |                                  |            |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo           |                                                                     |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                     |                        | \$23,740,385                     |            |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     |                        | \$21,639,466                     |            |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                     |                        | \$2,100,919                      |            |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                     |                        | \$0                              |            |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                     |                        | \$2,100,919                      |            |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                     |                        | 91%                              |            |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 90964102                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526         | \$113,566                |                                                                     | \$145,364              | 3                                | \$22,132   | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| Adriana Marcela Toquica Espitia<br>52666631<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                     |                        |                                  |            |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES                                                                                                                                                         | PRODUCTOS                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Redactar, tramitar, radicar correspondencia y proyectar oficios                                                                                                     | Redactar, tramitar, radicar correspondencia y proyectar oficios                                                                                                     | Redactar, tramitar, radicar correspondencia y proyectar oficios                                                                                                     |
| Tramitar, diligenciar, clasificar, codificar y ordenar documentos de las actividades de la dependencia, llevar su respectivo registro.                              | Tramitar, diligenciar, clasificar, codificar y ordenar documentos de las actividades de la dependencia, llevar su respectivo registro.                              | Tramitar, diligenciar, clasificar, codificar y ordenar documentos de las actividades de la dependencia, llevar su respectivo registro.                              |
| Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.                                           | Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.                                           | Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.                                           |
| Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área.                        | Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área.                        | Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área.                        |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       |
| Elaborar las solicitudes de contratación de acuerdo a las necesidades y proyectos del área 6) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. | Elaborar las solicitudes de contratación de acuerdo a las necesidades y proyectos del área 6) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. | Elaborar las solicitudes de contratación de acuerdo a las necesidades y proyectos del área 6) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato      | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato      | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato      |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                              | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                              | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                              |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                       |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                            | Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                            | Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                            |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                             | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                             | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                             |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                            | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                            | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                            |

Adriana Marcela Toquica Espitia  
52666631  
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