DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:

IVONE MARITZA PEREZ CASTRO CC 52.871.913 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1.863.534 por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar Administrativo 1 en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de Diciembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 520-2025

Ivone Maritza Perez Castro

IVONE MARITZA PEREZ CASTRO CC 52.871.913 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL NUMERO

24121839497

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro marzo.pdf	Cuenta de cobro marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro abril.pdf	Cuenta de cobro abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mayo.pdf	Cuenta de cobro mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro junio.pdf	Cuenta de cobro junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro julio.pdf	cuenta de cobro julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro agosto.pdf	Cuenta de cobro agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro septiembre.pdf	Cuenta de cobro septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro octubre.pdf	Cuenta de cobro octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro nov.pdf	cuenta de cobro nov.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52871913		PEREZ CASTRO IVON MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 68J bis # 31-39 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5244345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000002746	9494887629	I	2025/12/03	2025/12/09	BANCO DE BOGOTA	6	$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
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		$0	$0
1	CC	52871913	PEREZ IVONE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52871913		PEREZ CASTRO IVON MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 68J bis # 31-39 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5244345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000002746	9494887629	I	2025/12/03	2025/12/09	BANCO DE BOGOTA	6	$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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$1,800**	**$0**	**$442,300**

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:	IVONE MARITZA PEREZ CASTRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52871913	
CORREO ELECTRONICO:	ivomatpc2004@gmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DESARROLLO INSTITUCIONAL USS 79 CARVAJAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU57T08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24121839497				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	520			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2263	FECHA	2025-11-19 09:00:04.000	NÚMERO DE CRP	54374	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,863,534				
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:	$20,498,874
VALOR EJECUTADO	$20,498,874
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,863,534
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
9494887629	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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
Recepcionar y gestionar las solicitudes de historia clínica de usuarios internos y externos, auditorias, entes legales en los términos y requisitos de ley.	Relacionar los datos en la base de control. Verifica la documentación que cumpla con los soportes requeridos por la institución para dar respuesta a las solicitudes de historia clínica, validación de incapacidad, desaparecidos que nos solicitan los usuarios externos, empresas, EPS, aseguradoras entes legales. Consultar los diferentes aplicativos institucionales para dar respuesta a las diferentes solicitudes se realiza descarga de historias clínicas para auditoria	Agilsalud 225 con 217descargas Correos 127 con 710 descargas WhatsApp 3 Solicitud de historia clínica manual antigua 4 para un total de 359 solicitudes con 927 descargas

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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