DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2025

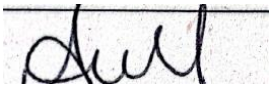
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

MAHECHA ESPINOSA ANGIE LIZETH
CC 1013630533 BOGOTA

La suma (Tres millones novecientos ochenta y cuatro mil ciento veinte pesos M/CTE) **(**$3.984.120) **por concepto Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestion del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE** E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional de acuerdo al requerimiento institucional del periodo **de** 01 **al** 30 **de** noviembre **del 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°: 7115-2025



MAHECHA ESPINOSA ANGIE LIZETH
CC 1013630533 BOGOTA

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	1013630533	ANGIE LIZETH MAHECHA ESPINOSA	Calle 6 c 81b 74	3107692224	angielizethmahecha333@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	
2025-10	2025-10	I	25/11/2025	91743205	$272.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.100	0		0		0	14	1.000	0	110.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	139.700	0	0	0	0	14	1.300	0	141.000	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	21.300				21.300	14	200	21.500			213	21.500	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	14	0	0	0
ICBF				
0	14	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	109.100	110.100
Pensión	1	139.700	141.000
Riesgos Laborales	1	21.300	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	270.100	272.600

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	1013630533	ANGIE LIZETH MAHECHA ESPINOSA		Calle 6 c 81b 74	3107692224	angielizethmahecha333@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	
2025-10	2025-10	I	25/11/2025	91743205	$272.600	

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	Exonerado	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	1013630533	MAHECHA ESPINOSA ANGIE LIZETH	59	0			N	X																230301	872.667	139.700	0	0	0	0	EPS008	872.667	109.100	14-11	872.667	3	21.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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:	Angie Lizeth Mahecha Espinosa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013630533	
CORREO ELECTRONICO:	angielizethmahecha333@gmail.com				CELULAR:	3107692224	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CTO 2035 SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16V07-9	100					

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	21187716885	PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	7115			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	734	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,984,120				
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:	$8,268,120
VALOR EJECUTADO	$3,984,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,984,120
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,284,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	48%

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
91743205	$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.

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
Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	1. Se realizan las inspecciones iniciales de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia o la activación de la ruta para traslado de ciudadanos por condición de salud mediante línea al 123, o por medio de comentario del caso a la referente clínica y administrativa del contrato por parte de la sub red.
Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia.	2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda.	2. Se realizan valoraciones de ingreso para definir plan de manejo dentro del CTP. Se realizan tamizajes de salud mental y consumo (ASSIST y SRQ cuando corresponda). Se utiliza las herramientas socializadas y estipuladas por la subred. Se realizan seguimientos y monitoreos de valoración periódica durante la estancia. Se aplican tamizajes como.
Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.	3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.	3. Se Identificaron y canalizaron según los riesgos en salud de los ciudadanos activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS. Soporte herramienta de valoración.
Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.	4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.	4. Se participo en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.
Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.	5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.	5. Se realizaron talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas. Se entrega soporte de la ejecución de taller y educación brindada.
Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.	6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.	6. Se garantizó una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, se promovió la empatía, el respeto y la contención terapéutica. Se presto el servicio bajo habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP.

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