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 Enero de 2026 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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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
☐	cuenta de cobro Diciembre.pdf	cuenta de cobro Diciembre.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
2025-12	2025-12	1000000273	9496816535	I	2026/01/06	2026/01/05	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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
2025-12	2025-12	1000000273	9496816535	I	2026/01/06	2026/01/05	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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	250	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	5267	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
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:	$22,362,408
VALOR EJECUTADO	$22,362,408
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
9496816535	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. 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
Depurar,escanear y subir al aplicativo las historias clinicas y/o documentos que hagan parte de la misma.	Se recibe historias clínicas y/o consentimientos,depura,organizo, escaneo, verifico y se sube al aplicativo institucional dinamica web	Subir al aplicativo 197 consentimientos con 394 folios.
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 Verificar 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 de la solicitud.	Agilsalud 200 Almera 48 Correos 89 Solicitud de historia clínica manual antiguo 7 para un total de 337 solicitudes con 447 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