

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:

DANNY VANESSA HERNANDEZ CORREDOR

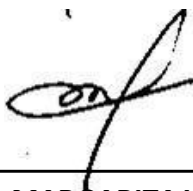
CC: 1021663194 de Bogotá

La suma de cuatro millones sesenta y nueve mil ochocientos pesos Mcte (\$4.069.800), por concepto de servicios como psicóloga, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo del 01 al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 6891-2025**



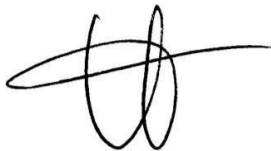
C.C. 1021663194 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 0550488442950991

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de abril de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



MARTHA MARGARITA VARGAS VANEGAS
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

- Escritorio
- Menú
- Administración de contratos
- Ver contrato
- 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

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?					
☐ Si ☒ 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		
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE.pdf	NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE.pdf	DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO.pdf	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO-.pdf	FEBRERO-.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO D.pdf	MARZO D.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<button>Borrar</button>	<button>Cargar nuevo</button>	
<div><div><button>Cancelar</button></div><div><div><div><</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>></div></div></div></div>					

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Danny Vanessa Hernández Corredor					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1021663194
CORREO ELECTRONICO:			dannyvanessahc397@gmail.com			CELULAR:		3016423090
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			550488442950991				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6891			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	933	FECHA	2026-04-16 16:02:02.000		NÚMERO DE CRP	16701	FECHA	2026-04-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-04-01			2026-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,069,800			
TIPO DE SERVICIOS	PIC		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:					\$33,318,400			
VALOR EJECUTADO					\$33,318,400			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,069,800			
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		
9501017204	\$1,678,080	\$209,760	\$268,493	3	\$40,878	\$519,131		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. 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								

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 contractuales	registrar en aplicativo y formatos solicitados por el lider del programa
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.	participar en las jornadas programadas por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente	Actas
Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización	realizar canalizaciones, educacion, promocion, seguimiento de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada	Formato de canalizaciones
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 a todas las reuniones programadas	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 de productos, informes requeridos a tiempo	Registro en aplicativo y soportes que consideren el líder del programa
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.	presentar con calidad soportes para supervisión de entes de control	Registro en aplicativo y soportes que consideren el líder del programa
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Cuidar de la imagen de la Institución frente a los usuarios	Mostrar una buena imagen de la Institución frente a los usuarios
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 elementos de identificación a diario al realizar las caracterizaciones con los usuarios	Portar elementos de identificación suministrados por la Institución
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	cumplir con la normatividad de gestión documental para la entrega de soportes o informes requeridos durante la ejecución del convenio	entregar soportes o informes requeridos durante la ejecución del convenio
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 Sur OCCIDENTE	Garantizar el manejo responsable, ético y seguro de la información, manteniendo confidencialidad indefinida y cumpliendo la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	Hacer uso exclusivo de los formatos y aplicativos suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y la Secretaría de Salud.
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.	Cumplir de manera oportuna y eficiente con las demás actividades y apoyos que sean requeridos por el supervisor del contrato o quien haga sus veces, siempre que estén directamente relacionados con el objeto contractual.	Actas

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1021663194		HERNANDEZ CORREDOR DANNY VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 D sur 44-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016423090	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	127037110	9501017204	I	2026/04/24	2026/03/10	NEQUI	\$552,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$10,600			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$10,600			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$10,600			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1021663194	HERNANDEZ DANNY	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF21	30	\$1,750,905	\$10,600	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$10,600			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1021663194		HERNANDEZ CORREDOR DANNY VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 D sur 44-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016423090	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	127037110	9501017204	I	2026/04/24	2026/03/10	NEQUI	\$552,400

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$552,400	\$0	\$0	\$552,400

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ CORREDOR DANNY VANESSA** identificado(a) con **CC** número **1.021.663.194** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de junio de 2025 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 13 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

BOGOTÁ, Abril 13 de 2026

Señora:

HERNANDEZ CORREDOR DANNY VANESSA

CC. 1021663194G 13A SUR 21 39 ESTED - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 27 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
HERNANDEZ CORREDOR DANNY VANESSA	1021663194	C	Abr-27-2011	104	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DANNY VANESSA HERNANDEZ CORREDOR	1021663194	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
DANNY VANESSA HERNANDEZ CORREDOR	1021663194	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
EDITORIA UNIVERSAL SAS	1021663194	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 13 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DANNY VANESSA HERNANDEZ CORREDOR** con documento de identidad **C1021663194**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-10-08	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**