DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

KAROL YISSELL VALENCIA PEREZ
CC 1001340370 DE Bogotá

La suma de UN MILLON CIENTO TRECE MIL DOSCIENTOS ($1.113.200,00), por concepto de servicios como DIGITADOR en el componente GESI durante el periodo del 15 AL 28 DE FEBRERO DE 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 6388-2025

Karol Yissell Valencia P.
KAROL YISSELL VALENCIA PEREZ
C.C 1001340370 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0570488471701687

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de FEBRERO y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

ADICIONALES

**OSCAR DANILO CRUZ REDONDO**
**Apoyo a la supervisión**
**Componente GESI**

| 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: | karol yissell valencia perez | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1001340370 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | digitadorgestionkv@gmail.com | | | | CELULAR: | 3012306202 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K33-6 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570488471701687 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6388 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 249 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 3897 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | BACHILLER | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-02-15 | | 2026-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,113,200 | | | | |
| 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: | $22,264,000 |
| VALOR EJECUTADO | $16,717,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,113,200 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,547,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 69893942 | $1,335,840 | $166,980 | $213,734 | 3 | $32,541 | $413,255 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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

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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo Nº 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, 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. | CUMPLIMIENTO DIARIO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES Y ENTREGAS DE INFORMES SEGÚN PROGRAMACIÓN | DIGITAR INFORMACIÓN DE MANERA VERAZ Y CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL PSPIC Y ESTÁNDARES INSTITUCIONALES, ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS DATOS, VERIFICANDO QUE ESTÉN COMPLETOS Y CORRECTAMENTE REGISTRADOS.COMUNITARIO CANTIDAD 733, LABORAL CANTIDAD 88 EDUCATIVO CANTIDAD 162, INSTITUCIONAL CANTIDAD 9 HOGAR CANTIDAD 0 |
| 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. | PARTICIPACIÓN DOCUMENTADA EN LAS JORNADAS PROGRAMADAS POR LA SDS Y LA SUBRED, REGISTRO DE ACTIVIDADES Y ASISTENCIA | DIGITACIÓN, REGISTRO Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN GENERADA DURANTE LAS JORNADAS, COMO DATOS DE USUARIOS, INTERVENCIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. |
| Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL SOCIAL Y DEMANDA INDUCIDA, INCLUYENDO REPORTES DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD PÚBLICA | DIGITACION Y REGISTRO DE INFORMACIÓN CLARA Y PRECISA QUE RESUMA LAS ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, CANALIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN BRINDADAS A LA POBLACIÓN. |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | APOYO EN ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO DE GRUPOS Y REDES COMUNITARIAS POR EL DERECHO A LA SALUD | REALIZAR SEGUIMIENTO CONTINUO DE LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS, RECOPILANDO DATOS SOBRE EL IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE MOVILIZACIÓN SOCIAL EN EL ACCESO A LA SALUD, CON UN ENFOQUE EN LOS CAMBIOS GENERADOS EN LAS COMUNIDADES |
| 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. | ASISTENCIA Y REGISTRO EN REUNIONES DE ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN, CON LISTADOS DE ASISTENCIA | PARTICIPAR EN REUNIONES PROGRAMADAS |
| Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los 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. | PRESENTACION DE ACTIVIDADES REALIZADAS MENSUALES ATRAVEZ DE LA BITACORA SEGÚN LO PROGRAMADO | REALIZAR Y EJECUTAR CRONOGRAMA MENSUAL. |
| 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. | REUNIR SOPORTES NECESARIOS: FORMATOS, ACTAS, ENTRE OTROS Y GARANTIZAR ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN: ASEGURARSE DE QUE EL EQUIPO DE AUDITORÍA TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO LA AUDITORIA | FACILITAR DATOS CLAROS Y PRECISOS QUE RESPALDEN EL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES. |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | ACTUACIONES INDIVIDUALES ACORDES A LOS ESTÁNDARES DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL | REALIZAR LAS TAREAS ASIGNADAS CON PROFESIONALISMO, PUNTUALIDAD Y CALIDAD, ASEGURANDO QUE LAS ACTUACIONES INDIVIDUALES REFLEJEN LOS VALORES Y PRINCIPIOS DE LA INSTITUCIÓN |
| 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 Y USO EFICIENTE DE INSUMOS EN LAS ACTIVIDADES | PORTAR DE MANERA ADECUADA Y PERMANENTE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL (CARNET, UNIFORME, ETC.) DURANTE LA JORNADA LABORAL. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | ENTREGA DE SOPORTES E INFORMES EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA. | ENTREGA DE SOPORTES E INFORMES EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Guardar 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 CONDICIONES CONTRACTUALES 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 | SE GARANTIZA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y ADQUIRIDA EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PRESENTE MES, NO SE UTILIZÓ CON PROPÓSITOS DISTINTOS AL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO Y CUMPLEN CON LO REQUERIDO FRENTE A LA CONFIDENCIALIDAD DEL DATO | DOCUMENTOS, ACTAS, FORMATOS Y DEMÁS INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y ADQUIRIDA EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE ENCUENTRAN EN CUSTODIA DEL ENTORNO Y/O PROCESO DONDE SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES DEL PRESENTE MES, CUMPLIENDO CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES FRENTE A LA CONFIDENCIALIDAD DEL DATO |
| 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 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 | INFORME DETALLADO QUE EVIDENCIE LAS ACCIONES DE APOYO Y CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTOS REALIZADOS A SOLICITUD DEL SUPERVISOR, INCLUYENDO DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS, FECHAS, RESULTADOS OBTENIDOS Y APORTES AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. EL INFORME DEBE PRESENTARSE CON SOPORTES VERIFICABLES (ACTAS, REGISTROS FOTOGRÁFICOS, COMUNICACIONES, EVIDENCIAS DE PARTICIPACIÓN O DOCUMENTOS ELABORADOS). |

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

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 | 1001340370 | KAROL YISSELL VALENCIA PEREZ | CARRERA 88 C #0-55 | 6636911 | yissellperez2709@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 69893942 | 24/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-02 | 2026-02 | I | $0 | $544.300 | |

## 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 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 219.900 | 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 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.300 | 0 | 281.500 | 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 | 42.700 | | | | 42.700 | 7 | 200 | 42.900 | | | 427 | 42.900 | 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 | 218.900 | 219.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 544.300 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1001340370 | KAROL YISSELL VALENCIA PEREZ | CARRERA 88 C #0-55 | 6636911 | yissellperez2709@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 69893942 | 24/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-02 | 2026-02 | I | $0 | $544.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número 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 | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1001340370 | VALENCIA PEREZ KAROL YISSELL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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