**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

CARMEN ROSA CARDENAS PABON

**C.C 52982543 DE BOGOTA**

La suma de tres millones ciento cincuenta y nueve mil pesos (3.159.000), por concepto de servicios como Auxiliar de enfermería en el Proceso integral e integrado de la Vigilancia de la Salud Ambiental VSA, durante el periodo del 1 al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6211-2025

Carmen Rosa Cardenas Pabon

**CARMEN ROSA CARDENAS PABON**
**C.C 52982543 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO 455470016953**

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



_____

**DANIEL CASTILLO CAICEDO**
**Apoyo a la supervisión**
**Proceso integral e integrado de la Vigilancia de la Salud Ambiental VSA**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-27, 12:13:24 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080454194

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823770211

PAGADA 17/04/2026

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | CARMEN ROSA CARDENAS PABON | | |
| Documento | CC52982543 | Dirección | CARRERA 111 19 A 07 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3057657448 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52982543 | CARMEN ROSA CARDENAS PABON | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $1,750,905 | $280,200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $1,750,905 | $218,900 | 2.436 | $1,750,905 | $42,700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $541,800 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,750,905 | $1,750,905 | $1,750,905 | $0 | $280,200 | $218,900 | $42,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $541,800 | $1,200 | $543,000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

| 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: | CARMEN ROSA CÁRDENAS PABON | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52982543 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | valserouse@gmail.com | | | | CELULAR: | 3057657448 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 455470016953 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6211 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 931 | FECHA | 2026-04-15 15:59:53.000 | NÚMERO DE CRP | 16508 | FECHA | 2026-04-27 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-04-01 | | 2026-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,159,000 | | | | |
| 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: | $23,846,400 |
| VALOR EJECUTADO | $23,250,600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,159,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $595,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1080454194 | $1,516,320 | $189,540 | $242,611 | 3 | $36,938 | $469,089 |

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

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 N.º 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. | esde la subred sur occidente se realizo la actividad programada para este mes de acuerdo al perfil realizar encuestas de percepción en niños menores de cinco años, niños de cinco a 14 años, ruido adolescente, ruido poblacional o habitacional,rem, adulto mayor | Desde la subred sur occidente se realizo la actividad programada para este mes de acuerdo al perfil realizar encuestas de percepción en niños menores de cinco años, niños de cinco a 14 años, ruido adolescente, ruido poblacional o habitacional,rem, adulto mayor |
| 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 en los siguientes espacios: Reuniones de la línea ARREM | acta -listado |
| 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. | Activaciones de ruta de acuerdo a los riesgos en salud identificados, detección temprana y sensibilizacion frente a las encuentas realizadas en los usuarios formatos de encuesta- formato de | formatos de encuesta- formato de canalizacion |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | fortalecer a los usuarios frente a los derechos en salud por medio de las encuestas de percepcion | formato de encuestas |
| 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. | participación en los siguientes espacios: Reuniones de la línea ARREM- proceso de induccion | acta del proceso realizado |
| 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. | Revisión y entrega de soportes mes de abril, reunion de linea 07/04/2026 | Entrega de encuestas de percepcion con calidad del dato |
| 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 | Revisión y entrega de soportes mes de abril, reunion de linea 07/04/2026 | Entrega de encuestas de percepcion |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | promover la importancia de la imagen frente a la realizacion de los formatos y sensibilizacion a los usuarios en cada encuesta realizada | entrega de encuestas de percepcion |
| 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 | uso adecuado de elementos que nos identifiquen como profesionales de salud | uso adecuado de los insumos |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | realizar entrega oportuna y con calidad del dato segun requerimiento de la linea | entrega de formato de encuestas |
| 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 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 | Participación en los siguientes espacios: Reuniones de la línea ARREM | actas-listados |

Copia Controlada
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