

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A:**

**MARIA DEL PILAR MUÑOZ SANCHEZ  
CC: 65749501 DE IBAGUE (TOL)**

La suma de \$ 1.773.900, un millón setecientos setena y tres mil novecientos pesos, por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 01 DE MAYO 2022 al 31 de MAYO del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 7496-2025**



---

**MARIA DEL PILAR MUÑOZ SANCHEZ  
C.C. 65749501 DE IBAGUE (TOL)**

**CUENTA DE AHORROS – BANCO CAJA SOCIAL  
NUMERO 2406217238**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 DE Mayo 2026 al 31 Mayo del 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo.**



---

**JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA  
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**

PAGADO 30/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                                         |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| Razón Social        | MARIA DEL PILAR MUÑOZ SANCHEZ |                    |                                         |
| Documento           | CC65749501                    | Dirección          | CR 80B #6 - 25 BLOQUE 7 APARTAMENTO 425 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 504                                     |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                                   |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                   | Departamento       | BOGOTA D.C.                             |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                                         |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA                                |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |          | Salud    |          |          | Riesgos  |          |                      | Cajas        |                |                      | Parafiscales |              |        |              | Total          |                      |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|--------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | UMA | VAC | VAC | VCT       | IND | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | 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 65749501        | MARIA DEL PILAR MUÑOZ SANCHEZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0        |          | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.750.905 | \$ 280.200     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 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                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                          |                                                    |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | MUÑOZ SANCHEZ MARIA DEL PILAR                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                                                | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 65749501   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | muozmapi@gmail.com                                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3223852403 |
| 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 CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24069217238                                        |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 7496                     |                                                    |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1099                   | FECHA                    | 2026-05-12<br>10:05:29.000                         | NÚMERO DE CRP       | 20758                            | FECHA         | 2026-05-28<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          | DESDE                                              | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    | 2026-05-01          |                                  |               | 2026-05-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                    | \$1,773,900         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                    |                     | \$19,872,000                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |                     | \$10,886,400                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                                    |                     | \$1,773,900                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                    |                     | \$8,985,600                      |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                    |                     | 55%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 1080827599                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526              | \$113,566                | \$145,364                                          | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                        |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>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..<br>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. | Acciones de abordaje a los usuarios en el programa EMBH, entrega de formatos en físico y digitales, según estándares y protocolos establecidos por la subred suroccidente.                                                                                | Formato de caracterización y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes y aplicativo GTAPS. |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Asistencia a capacitaciones e inducciones de identificación de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo.                                                                                                                               | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                         | Acciones del equipo extramural, identificando necesidades y problemáticas en salud, dando información, apoyo y orientación a la población objeto.                                                                                                         | Formato de caracterización y tamizajes en la plataforma GTAPS, drive y canalizaciones, según parámetros de SDS.                                        |
| 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 a reuniones de inducción, orientación, realimentación y comités de presentación de casos.                                                                                                                                                      | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| 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.                                                                                                                             | Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos y el registro en el aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EMBH. | Formatos de caracterización y tamizajes, cronograma diario, canalizaciones y bases de datos, de acuerdo con las actividades programadas.               |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entrega de los reportes, informes, bases de datos y herramientas ofimáticas propias de cada línea de trabajo con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.                                                                          | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Presentación y comportamiento adecuados atendiendo a los protocolos y direccionamiento del programa EMBH, la Subred y la SDS.                                                                                                                             | Formatos y documentos establecidos por la Subred y la SDS.                                                                                             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cumplimiento de los protocolos en las acciones del programa y en la revisión técnica de los insumos asignados por la Subred.                                                                                                                              | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revisión, incluyendo corrección de hallazgos y alistamiento de auditoría.                                                                                                                               | Formatos y documentos establecidos por la Subred y la SDS.                                                                                             |
| 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                                                                                                                                                                                                    | Cumplimiento de los protocolos en las acciones del programa, manteniendo la confidencialidad de información según la política de tratamiento y protección de datos personales de la Subred.                                                               | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Realizar acciones de IEC, preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.                   | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |

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