



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 52115702		FERNANDEZ LOPEZ HERI DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 99a No 26 - 45ur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4777644	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	361040195	9504803198	I	2026/06/02	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	\$542,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
1	CC 52115702	FERNANDEZ LOPEZ HERI	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0



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 52115702		FERNANDEZ LOPEZ HERI DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 99a No 26 - 45ur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4777644	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	361040195	9504803198	I	2026/06/02	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	\$542,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$300	\$0	\$280,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$300	\$0	\$280,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$600	\$0	\$542,400	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HERI DEL CARMEN FERNANDEZ LOPEZ

C.C 52115702 DE BOGOTA

LA SUMA **DE \$2.489.400** MCTE POR CONCEPTO DE PRESTACION DE
SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DE
UNIDAD DE KENNEDY DURANTE EL PERIODO JUNIO **1 AL 30 DEL 2026** DE
CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE
SERVICIOS **1834-2026**



HERI DEL CARMEN FERNANDEZ LOPEZ

C.C. 52115702 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA

NUMERO 455900055134

					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:			heri del Carmen Fernández					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52115702
CORREO ELECTRONICO:			erikafemandez71@hotmail.com			CELULAR:		3142735557
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDÉ:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo:	%						
	KE10B01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			459900055134			PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO			1834			VIGENCIA		2026
NÚMERO DE CDP	1147	FECHA	2026-05-14 15:17:19.000	NÚMERO DE CRP	21865	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:			AUXILIAR DE ENFERMERIA					
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
				2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES			\$2,489,400					
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:						\$15,268,320		
VALOR EJECUTADO						\$12,405,510		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,489,400		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,862,810		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						81%		
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		
9504803198	\$945,972	\$118,247	\$151,356	3	\$23,044	\$292,646		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que sirva el pago pertinente.								
DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO 52099430 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								