# 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 1030671921 | | MEDINA TORRES ANA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 34 a sur # 97 F 41 Casa 18 Etapa 2 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7359559 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-06 | 2026-06 | 1000001257 | 9506571025 | I | 2026/07/06 | 2026/07/15 | BANCO DE BOGOTA | 9 | $545,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $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 | $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 | $0 |
| 1 | CC | 1030671921 MEDINA ANA | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS037 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $42,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# 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 1030671921 | | MEDINA TORRES ANA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 34 a sur # 97 F 41 Casa 18 Etapa 2 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7359559 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-06 | 2026-06 | 1000001257 | 9506571025 | I | 2026/07/06 | 2026/07/15 | BANCO DE BOGOTA | 9 | $545,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $1,900 | $0 | $282,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $1,900 | $0 | $282,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $300 | $0 | $43,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $300 | $0 | $43,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $1,500 | $0 | $220,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $218,900 | $1,500 | $0 | $220,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$3,700** | **$0** | **$545,500** |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA MARIA MEDINA TORRES
C.C 1.030.671.921 DE BOGOTA D.C

La suma de (un millón seiscientos cincuenta y dos mil cuatrocientos pesos Mcte) ($1652400) por concepto de servicios como auxiliar de enfermería, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7-2026.

ANA MARIA MEDINA TORRES
C.C 1.030.671.921 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
N.º 24127054580

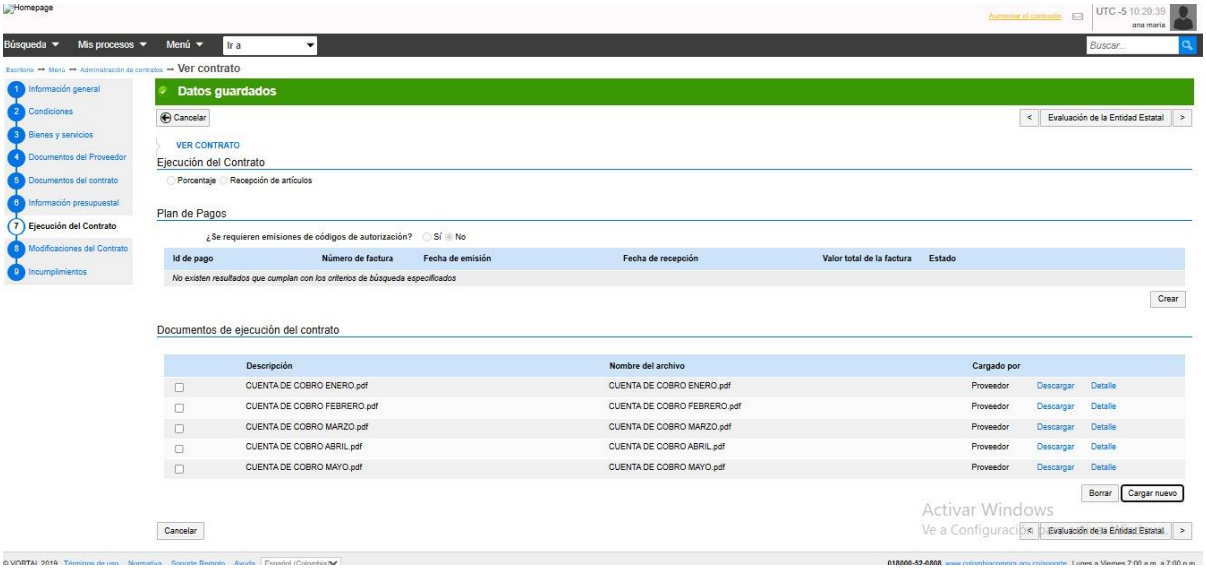
**Nota:** En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 junio de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo

**Jenni Alexandra Cerra Vargas**
**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**




PANTALLAZO DE SECOP II

7b8212e0-ffee-46b9-bd33-f580bd63a211

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

## *ANA MARIA MEDINA TORRES*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

## Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

25 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=7b8212e0-ffee-46b9-bd33-f580bd63a211

| 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: | Ana María Medina Torres | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030671921 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | anamariamedinatorres338@gmail.com | | | | CELULAR: | 3209242553 | | |
| 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 | 24127054580 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1099 | FECHA | 2026-05-12 10:05:29.000 | NÚMERO DE CRP | 21478 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,652,400 | | | | |
| 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: | $14,407,200 |
| VALOR EJECUTADO | $11,793,600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,652,400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,613,600 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9504980950 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 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 en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en fisico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad | Formato de caracterizacion 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" | Asistir a capacitaciones e inducciones para identificacion de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programada |
| "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 en equipos extramurales identificacion de necesidades,problematicas en salud | Formato de caracterizacion y tamizajes,según parametros 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." | Asistir a capacitaciones e inducciones para identificacion de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo 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" | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria. | Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envio de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos |
| "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 soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contacto | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programada |
| "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" | Realizar acciones de IEC acciones 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 a la seguridad social en salud y participación socia | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo 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, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria | No aplica |
| "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" | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo 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 acciones 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 a la seguridad social en salud y participación socia | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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