PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024468771
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDNA LILIANA ALVAREZ RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 66 32 09 SUR	TELÉFONO:	7153543
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6019593401**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			373595131

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 384.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100	$ 0	$ 384.100
SUBTOTALES:										**$ 384.100**	**$ 0**	**$ 384.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.100	$ 0	$ 0	$ 300.100
SUBTOTALES:													**$ 300.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 14.500	$ 0	$ 14.500
SUBTOTALES:			**$ 14.500**	**$ 0**	**$ 14.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS															CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1024468771	ALVAREZ RAMOS EDNA LILIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.242				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.400.242	$ 384.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.100	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.400.242	$ 300.100	$ 0	$ 300.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.400.242	102446877	$ 58.500	30	$ 2.400.242	CCF24-COMPENSAR	$ 14.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 757.200

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:

DEBE A:
Edna Liliana Álvarez Ramos
CC 1.024.468.771 DE BOGOTA

La suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETESCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE $4.283.750** por concepto de servicios como profesional especializado 4 (operativo), en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo del **1 al 30 de JUNIO de 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5886-2025.**



Edna Liliana Álvarez Ramos
Nombre del contratista
CC 1.024.468.771 de BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS.
NUMERO 447731725

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de JUNIO 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



Lixa Soraya Prieto López
Líder Operativo

Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión

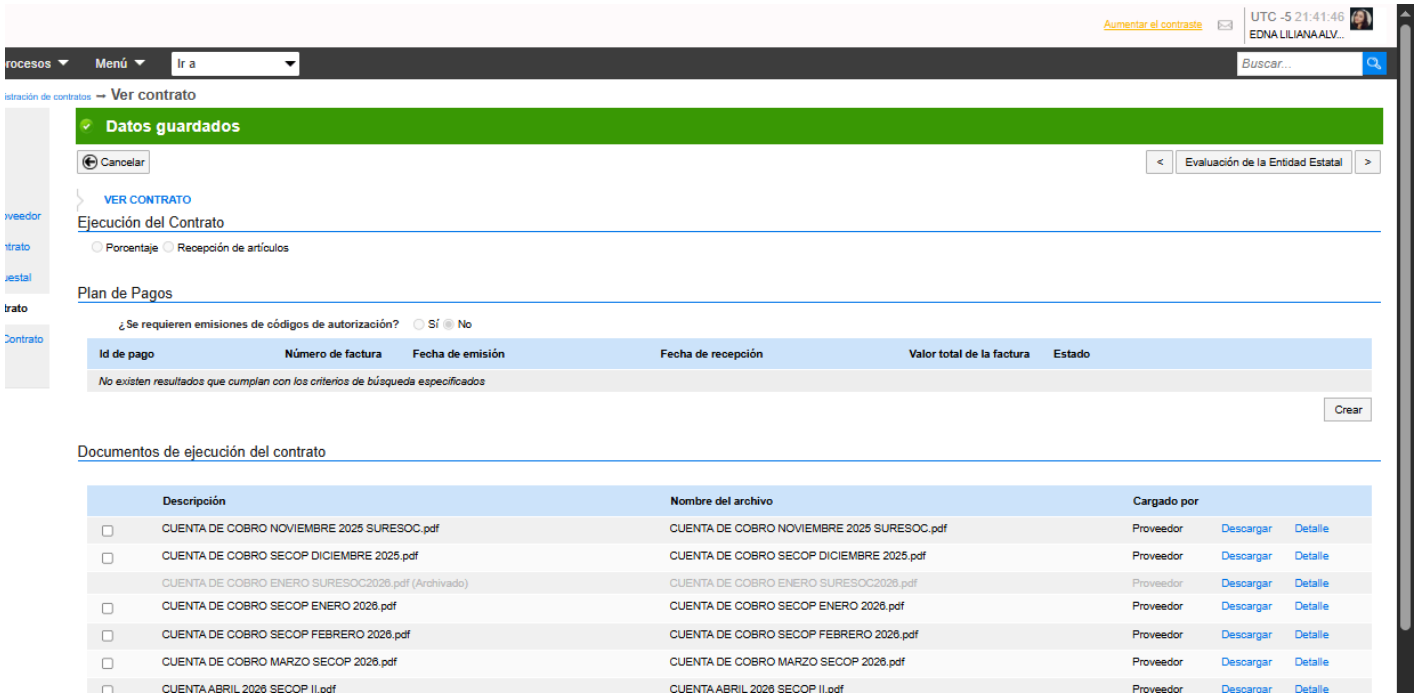


YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión

Equipos Más Bienestar en tu Hogar

EDNA ALVAREZ

SECOP II



f50986a4-b677-4e45-b006-dea9aaf42dc9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Edna Liliana Alvarez Ramos

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 %

17 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=f50986a4-b677-4e45-b006-dea9aaf42dc9

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:	edna alvarez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024468771	
CORREO ELECTRONICO:	ednaalvarez71@gmail.com				CELULAR:	3046499622	
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 AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	447731725				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5886			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1099	FECHA	2026-05-12 10:05:29.000	NÚMERO DE CRP	18449	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-06-01		2026-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,283,750						
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:	$43,865,600
VALOR EJECUTADO	$31,349,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,283,750
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$12,516,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
6019593401	$2,023,420	$252,928	$323,747	3	$49,291	$625,965

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.	desde el perfil de profesional especializado, se realizan las atenciones por salud mental,teniendo en cuenta los lineamientos distritales, y el portafolio de servicios	Base de asignación de casos de junio ,acta de reuniones y gitap
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.	se participa a las actividades según programación del mes de noviembre para apropiación de lineamientos y demás actividades según indicación	Actas de reunion digitales y fisicas
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.	se desarrollan las actividades de demanda inducida, sensibilización ,seguimientos, actualizaciones o caracterizaciones de acuerdo a lo establecido en los lineamientos	Soportes fisicos y magneticos que reposan en la subred
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.	se asiste a las reuniones convocadas por la lider operativa, secretaria distrital de salud y demás actividades según indicación	Acta, listado de asistencia y diligenciamiento de formatos que se requieran
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.	Se Realiza entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos.	Base de datos con casos remitidos,Ficha IEC y seguimientos
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.	Se alistan soportes y se presentan auditorias programadas tanto en ESE como SDS o entes de control	ase de asignación de casos de JUNIO
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	se mantiene la imagen institucional a partir de las acciones implementadas en campo según lineamiento	seguimiento a casos mes JUNIO
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.	Se portan elementos de identificación de manera adecuada durante la ejecución de actividades dando cumplimiento a las obligaciones	Acta y listado de asistencia y herramientas de trabajo para realizar la ejecución del proceso de intervención
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	se cumple con la normativa de gestión documental.	Acta y listado de control
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.	Como contratista se guarda completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documento.	Acta y listado de control
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.	se cumple con las actividades y apoyo que han sido requeridas por el supervisor del contrato y líder del grupo.	Acta y listado de control

Copia Certificado 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