**DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2026**

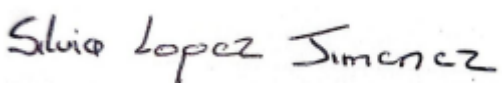
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE E.S.E NIT 900.959.048-4

DEBE A:

SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ
CC 52515467 BOGOTÁ

La suma de **(DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS) $2.980.800** por concepto de prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de gestión del riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional del periodo del 01 al 31 de Julio del 2026 de conformidad de lo establecido el contrato de prestación de servicios No: 4603-2026.



SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ
CC 52515467 BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NÚMERO 0550004800406367

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52515467 | | LOPEZ JIMENEZ SILVIA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DIAG 76 19A 80 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7313637 | Si |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 1000000419 | 9508669211 | I | 2026/08/19 | 2026/07/28 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $541,800 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,750,905** | **$280,200** | | | **$1,750,905** | **$218,900** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,750,905** | | **$42,700** | | **$0** | **$0** | | **$541,800** |
| **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** | | **$541,800** |
| 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** | | **$541,800** |
| 1 | CC | 52515467 LOPEZ SILVIA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS010 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 0 | $0 | $0 | No | $541,800 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$0** | **$0** | **$541,800** |

| 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: | SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52515467 | |
| CORREO ELECTRONICO: | silviaenfermera8@gmail.com | | | | CELULAR: | 3125521096 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S CTO 2035 SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA USS PABLO VI BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA16V07-9 | 100 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | TIPO DE CUENTA: | AHORRO |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800406367 | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4603 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1412 | FECHA | 2026-06-24 16:31:37.000 | NÚMERO DE CRP | 22727 | FECHA | 2026-06-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | $2,980,800 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: | $6,557,760 |
| VALOR EJECUTADO | $6,557,760 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,980,800 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9508669211 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 |
|---|---|---|
| 1. Supervisar y gestionar el riesgo en las salas, garantizando la permanencia y observación constante de los ciudadanos para detectar crisis en salud mental u otras situaciones de riesgo. | 1. Supervisar y gestionar el riesgo en las salas, garantizando la permanencia y observación constante de los ciudadanos para detectar crisis en salud mental u otras situaciones de riesgo. | 1. Se realiza la supervisión de las salas haciendo observación constante de los ciudadano y dejando el soporte del seguimiento en la herramienta para monitoreo por parte de la subred y del equipo interdisciplinario del Centro de traslado por protección Puente Aranda. Total de seguimientos por mes XXXXX. |
| 2. informar oportunamente al equipo psicosocial y al profesional de enfermería sobre cualquier alteración en el estado físico o emocional de los ciudadanos | 2. informar oportunamente al equipo psicosocial y al profesional de enfermería sobre cualquier alteración en el estado físico o emocional de los ciudadanos | 2. Se informa oportunamente al equipo psicosocial y al profesional de enfermería sobre cualquier alteración en el estado físico o emocional de los ciudadanos durante el tiempo prestado durante el mes de xxxx. Se deja observación en la herramienta de seguimiento para monitoreo por parte de la subred. |
| 3. Colaborar en la aplicación de medidas de contención no farmacológica y acompañar el proceso de inmovilización mecánica cuando sea necesario, bajo las directrices del profesional responsable. | 3. Colaborar en la aplicación de medidas de contención no farmacológica y acompañar el proceso de inmovilización mecánica cuando sea necesario, bajo las directrices del profesional responsable. | 3. Durante el mes no se presenta la aplicación de medidas de contención no farmacológica. |
| 4. Apoyar en la logística de valoraciones y talleres de socialización sobre agresiones, accidentes, consumo de SPA, salud mental y violencias. | 4. Apoyar en la logística de valoraciones y talleres de socialización sobre agresiones, accidentes, consumo de SPA, salud mental y violencias. | 4. Se apoya en la logística de valoraciones a los ciudadanos trasladado al CTP. Se efectúan apoyo en la aplicación de pruebas rápidas para ITS a los ciudadanos bajo protocolos y se apoya en la realización de talleres frente a prevención de agresiones, accidentes, consumo de SPA, salud mental y violencias. así mismo otros temas como xxxxxxxxx |
| 5. Realizar el registro adecuado de las observaciones y actividades según los formatos institucionales, garantizando la trazabilidad de la atención. | 5. Realizar el registro adecuado de las observaciones y actividades según los formatos institucionales, garantizando la trazabilidad de la atención. | 5. Se realiza el registro adecuado de las observaciones y actividades según los formatos institucionales, garantizando la trazabilidad de la atención. |
| 6. Contar con habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP | 6. Contar con habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP | 6. Se presta la atención a ciudadanos y se realizan actividades en equipo de manera efectiva para el cumplimiento de objetivos. Se cuenta con habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP |

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