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:	Karol Adriana Gonzalez Herrera								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026286607			
CORREO ELECTRONICO:	kadrianagherrera@gmail.com				CELULAR:	3013539793			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONTRATO PAPSIVI				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K33-8	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24107895066				PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO	5584			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1709	FECHA	2026-08-13 15:46:57.000	NÚMERO DE CRP	29143	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,420,272						
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:	$59,324,790
VALOR EJECUTADO	$59,324,789
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,420,272
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1
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
93613319	$2,168,109	$271,014	$346,897	3	$52,815	$670,726

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3, EN LA MODALIDAD, COLECTIVO ÉTNICO Y O ESTRATEGIA QUE TENGA ASIGNADA CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI Y O DE LAS ESTRATEGIAS DIFERENCIALES PARA PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO RESIDENTES EN EL DISTRITO CAPITAL, EN CONCORDANCIA A ESTÁNDARES INSTITUCIONALES, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS EN LOS DOCUMENTOS ANEXOS DEL CONTRATO.	REALIZAR ATENCIÓN PSICOSOCIAL INDIVIDUAL A PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES DEL PAPSIVI.	DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE LOS FORMATOS PAP010, PAP012, PAP020 Y PAP030, CON REGISTRO EN APLICATIVO INSTITUCIONAL Y EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO SEGÚN LINEAMIENTOS PAPSIVI
REALIZAR EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ALREDEDOR DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI, EN LOS FORMATOS, APLICATIVOS Y/O MATRICES DISPUESTOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS) Y/O SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, CONFORME A LAS CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS DE MANERA SEMANAL	REALIZAR EL CARGUE Y ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA INFORMACIÓN DE ATENCIONES PSICOSOCIALES INDIVIDUALES EN LOS FORMATOS Y APLICATIVOS DISPUESTOS POR EL PAPSIVI.	MATRIZ PSICOSOCIAL ACTUALIZADA SEMANALMENTE CON EL REGISTRO COMPLETO Y VERAZ DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES, DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO DEL APLICATIVO PAPSIVI SDS CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS ACTUALIZACIÓN PERMANENTE Y COMPLETA DE LOS FORMATOS PAP010, PAP012, PAP020 Y PAP030, GARANTIZANDO LA CENTRALIZACIÓN, COHERENCIA Y TRAZABILIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN PSICOSOCIAL INDIVIDUAL CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL PAPSIVI CRONOGRAMA MENSUAL ACTUALIZADO CON LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL INDIVIDUAL. ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO EN COHERENCIA CON LA MATRIZ DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL, GARANTIZANDO LA ARTICULACIÓN ENTRE LAS ACCIONES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS. INTENTO DE INGRESO AL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS) Y REPORTE DEL ERROR PRESENTADO EN EL SISTEMA BASE DE DATOS DE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS ACTUALIZADA, CONSOLIDANDO LA INFORMACIÓN VERIFICADA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL COMPONENTE PSICOSOCIAL INDIVIDUAL.
REPORTAR LOS CASOS PRIORITARIOS (SI LOS HUBIERE) AL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI Y O DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, PARA EL RESPECTIVO SEGUIMIENTO Y LA ACTIVACIÓN DEL PROCESO EN PRO DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL.	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON ACTUALIZACIONES DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON ACTUALIZACIONES DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
PARTICIPAR EN ASISTENCIAS TÉCNICAS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO Y SESIONES DE COORDINACIÓN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y O POR LAS COORDINACIONES DEL PROCESO, ORDINARIAS O EXTRAORDINARIAS, APORTANDO ANÁLISIS Y ELEMENTOS TÉCNICOS DESDE SU ROL PROFESIONAL.	REUNION DE REVISION DE PRODUCTOS	ASISTENCIA PRESENCIAL A RECINION EL 19 DE AGOSTO 2026
ASISTIR A LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS PROGRAMADAS	ASISTIR A LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS DEL PROGRAMA PAPSIVI	PARTICIPACIÓN EN LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL CONVOCADAS, ORIENTADAS A LA DESCARGA EMOCIONAL VINCULADO AL PROCESO.	PARTICIPAR EN EL ENCUENTRO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL PROGRAMA PAPSIVI	ASISTENCIA AL ENCUENTRO DE CUIDADO

Copia Certificada Subred Suroccidente

DISEÑAR Y PRESENTAR UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS DIÁLOGOS DE SABERES EN SALUD, E IMPLEMENTARLA EN LOS CENTROS DE ENCUENTRO U OTROS ESPACIOS DEFINIDOS EN COORDINACIÓN CON LA SDS, SEGÚN EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS.	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, DIVULGACIÓN O CONMEMORACIÓN QUE SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
ELABORAR Y ENTREGAR INSUMOS TÉCNICOS NECESARIOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL INFORME MENSUAL (O FRACCIÓN DE MES) Y DEL INFORME FINAL DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI Y O DE LAS ESTRATEGIAS DIFERENCIALES EN LA MODALIDAD, COLECTIVO ÉTNICO Y O ESTRATEGIA QUE TENGA ASIGNADA, GARANTIZANDO LA CALIDAD, PERTINENCIA Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA.	REALIZAR APORTE AL INFORME MENSUAL	DILIGENCIAMIENTO DE MATRIZ ASIGNADA
DILIGENCIAR LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE RESULTADOS E IMPACTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD Y O ESTRATEGIA ASIGNADA, EN ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO DE LA ESTRATEGIA FORMAR EN PAZ, CUANDO SEA REQUERIDO.	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON REQUERIMIENTOS NI ACTIVIDADES RELACIONADAS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
ACOMPAÑAMIENTO Y/O SEGUIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VCA CON LAS EAPB Y O LAS IPS; CUANDO LE SEA ASIGNADO DENTRO DEL PROCESO.	NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE DURANTE EL MES NO SE REALIZARON CONVOCATORIAS NI ACTIVIDADES DE ESTE TIPO.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE DURANTE EL MES NO SE REALIZARON CONVOCATORIAS NI ACTIVIDADES DE ESTE TIPO.
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.	PORTAR LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES.	SE PORTA CARNÉ Y CHAQUETA INSTITUCIONAL EN LAS JORNADAS DE ATENCIÓN Y DESPLAZAMIENTOS DE CAMPO.
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 LAS PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, CONFORME A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.	CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ASEGURANDO LA RESERVA TOTAL DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL EJERCICIO CONTRACTUAL
APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS JORNADAS Y ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN ANTE EVENTUALIDADES O EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.	NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE NO SE PRESENTARON EVENTUALIDADES NI SE REALIZARON ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE NO SE PRESENTARON EVENTUALIDADES NI SE REALIZARON ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
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	NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE DURANTE EL MES NO SE REALIZARON CONVOCATORIAS NI ACTIVIDADES DE ESTE TIPO.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO A REPORTAR, DADO QUE DURANTE EL MES NO SE REALIZARON CONVOCATORIAS NI ACTIVIDADES DE ESTE TIPO.

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 Controlada
Subred Sur Occidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA	Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93613319	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$694.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	279.000	0		0		0	7	1.500	0	280.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	357.100	0	0	0	0	7	1.900	0	359.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	54.400				54.400	7	300	54.700			544	54.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	279.000	280.500
Pensión	1	357.100	359.000
Riesgos Laborales	1	54.400	54.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.500	694.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA	Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93613319	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$694.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026286607	GONZALEZ HERRERA KAROL ADRIANA	59	0			N																	230201	2.231.257	30	357.100	0	0	0	0	EPS008	2.231.257	30	279.000	14-11	2.231.257	30	3	54.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA
C.C 1026286607 DE BOGOTÁ D.C

La suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS $5.420.272, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 en el **Contrato No. 8295757-2025,** durante el periodo de 01 de agosto al 31 de agosto de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5584-2025



KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA
C.C 1026286607 DE BOGOTÁ D.C
CUENTADEAHORROS CAJA SOCIAL
NUMERO 24107895066

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de agosto y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Norma Lucia Tobo Pedraza

NORMA LUCIA TOBO PEDRAZA
Coordinador Modalidad Individual
Apoyo a la supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)