

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 2025
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
YENNY JOHANA MONTERROSA SOGAMOSO
CC 1022965364
DE BOGOTÁ.

La suma de \$1.549.108 (**UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE**), por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 en el área de Dirección de Gestión del Riesgo en Salud - Convenio Interadministrativo 7826628-2025 durante el periodo del **14 AL 31 DE JULIO** del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°- **4135-2025**



YENNY JOHANA MONTERROSA SOGAMOSO
1022965364 DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA AHORROS: DE BANCOLOMBIA
22581385289

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de **JULIO DE 2025** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo la supervisión.

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA CONVENIO 7826628-2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022965364	YENNY JOHANA MONTERROSA SOGAMOSO		dg 82g #78-21	3044736877	johanamnbg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	30/07/2025	87856637	\$444.800	

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	178.000	0		0		0	15	1.700	0	179.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	15	2.200	0	230.000	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	34.700				34.700	15	400	35.100			347	35.100	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	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	178.000	179.700
Pensión	1	227.800	230.000
Riesgos Laborales	1	34.700	35.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	444.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022965364	YENNY JOHANA MONTERROSA SOGAMOSO		dg 82g #78-21	3044736877	johanamnb@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	30/07/2025	87856637	\$444.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1022965364	MONTERROSA SOGAMOSO YENNY JOHANA	59	0		N																			231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) YENNY JOHANA MONTERROSA SOGAMOSO; con documento de identidad No, 1022965364 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44400	44479	\$	\$2197015	SUBRED
2	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	23/07/2021	10/10/2021	\$	\$2197015	SUBRED
3	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44400	44479	\$	\$2197015	SUBRED
4	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	23/07/2021	10/10/2021	\$2782886	\$2197015	SUBRED
5	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	23/07/2021	10/10/2021	\$	\$2197015	SUBRED
6	2021	6607-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	23/07/2021	10/10/2021	\$	\$2197015	SUBRED
7	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44480	44530	\$	\$2232442	SUBRED
8	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11/10/2021	30/11/2021	\$1488295	\$2232442	SUBRED
9	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11/10/2021	30/11/2021	\$	\$2232442	SUBRED
10	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11/10/2021	30/11/2021	\$	\$2232442	SUBRED

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
11	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44480	44530	\$	\$2232442	SUBRED
12	2021	7415-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11/10/2021	30/11/2021	\$	\$2232442	SUBRED
13	2022	36-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	15/01/2022	31/10/2022	\$21461207	\$2299415	SUBRED
14	2023	213-2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	16/01/2023	23/02/2023	\$2912592	\$2299415	SUBRED
15	2023	4476-2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	29/03/2023	30/11/2023	\$18786218.6	\$2471871	SUBRED
16	2024	3785-2024	AUXILIAR DE ENFERMERIA	29/01/2024	31/07/2024	\$12524146.4	\$2471871	SUBRED
17	2024	6145-2024	AUXILIAR DE ENFERMERIA	25/08/2024	30/04/2025	\$16547693.799999999	\$2585577	SUBRED
18	2025	4135-2025	AUXILIAR DE ENFERMERIA	06/05/2025	31/07/2025	\$8201193	\$2733731	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

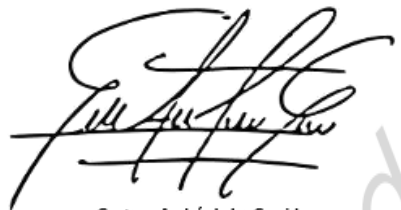
La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano.

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de

datos de la Institución a los veintisiete(27) días del mes de Agosto de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#\$8zX

Atentamente,


Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente