| 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: | luz leidys pitalua | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52993762 | |
| CORREO ELECTRONICO: | orleidy2009@gmail.com | | | | CELULAR: | 3218593634 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PROGRAMAS Y ACCIONES PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 68886074020 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2957 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1163 | FECHA | 2023-05-17 10:51:45.000 | NÚMERO DE CRP | 23521 | FECHA | 2023-05-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,460,374 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $14,463,320 |
| VALOR EJECUTADO | $11,840,407 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,622,913 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 67749485 | $2,035,137 | $254,392 | $325,622 | 3 | $49,576 | $629,590 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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.

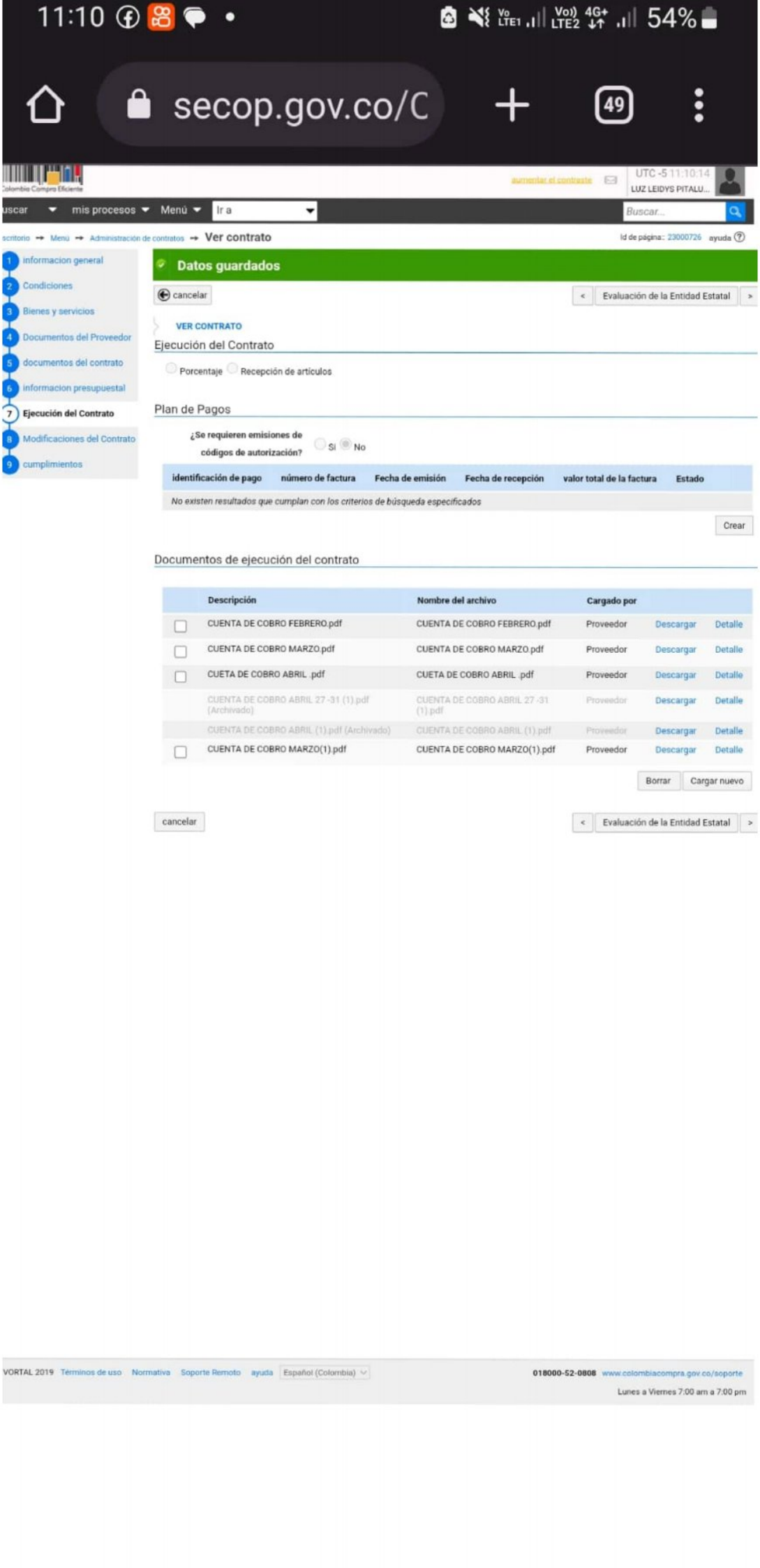
| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTES DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO SEAN REQUERIDOS Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LA SUB RED SUR OCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. | Presentar cronograma de actividades que se desarrolló durante el mes y asistir a reuniones de fortalecimiento con el equipo | Actas de los diferentes escenarios de socialización y lista de asistencia |
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS | Se realiza cierre de acompañamiento | Realiza Cierre en los diferentes documentos de soporte de la atención |
| DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN. | No aplica | No aplica |
| GENERAR INCIDENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y GESTIÓN FRENTE A PROBLEMÁTICAS DE SALUD IDENTIFICADAS, IMPLEMENTAR ACTIVIDADES LÚDICO-PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD. | Se realiza estado de afiliación de los usuarios | Se realiza movilización correspondiente al caso |
| CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. FORTALECER LAS CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN Y LIDERAZGO DE PERSONAS, COLECTIVOS GRUPOS, ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD | No aplica | No aplica |
| REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS. | Revisión de formatos con la coordinación del equipo | Actas de asistencias y revisión de formatos |
| ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. ASUMIR EL 100% DE GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y/O ACCIONES DE CALIDAD, OPORTUNIDAD, O DE OTRA ÍNDOLE EN LA QUE TENGA RESPONSABILIDAD EL CONTRATISTA. (INCUMPLIMIENTO DE META, INCONSISTENCIA EN SOPORTES, ENTRE OTRAS). | Soporte de producto para el período ejecutado | Documento de soporte de productos |
| PARTICIPAR EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS | Se participa en jornada de asistencias técnicas y asistir a reuniones convocadas por la SDS | Cuidado a cuidador 26/05/23 fortalecimiento técnico 19/05/23 |

Copia Certificada Subred Suroccidente

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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


11:10
secop.gov.co/C
49
Colombia Compra Eficiente
aumentar el contraste
UTC -5 11:10:14
LUZ LEIDYS PITALU...
uscar
mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
scritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página:: 23000726 ayuda
1 informacion general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 documentos del contrato
6 informacion presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 cumplimientos
Datos guardados
cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
identificación de pago
número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUETA DE COBRO ABRIL .pdf
CUETA DE COBRO ABRIL .pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO ABRIL 27 -31 (1).pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO ABRIL 27 -31 (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO ABRIL (1).pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO ABRIL (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO MARZO(1).pdf
CUENTA DE COBRO MARZO(1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ
**No. Identificación:** CC52993762
**Dirección:** CRA 80C N 47 59 SUR
**Telefono:** 4812821
**Correo:** orleidy2009@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 67749485

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC52993762 | **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2023 |
| **Número de planilla** | 67749485 | **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-05-10 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 1418669 | **Total Pagado** | 629700 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 49600 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 325700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 254400 | 1 |

67749485

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52993762
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 2035136 | 2035136 | 2035136 | 0 | 254400 | 0 | 325700 | 0 | 49600 | 0 |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 05/ 2023**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ**

**C.C 52993762 DE BOGOTA**

La suma de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($ 2,460,374)** D por concepto de: prestar servicio como técnica en salud
(auxiliar de enfermería) durante el periodo de 1 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2957-2023



**Nombre de contratista**

**.C.52993762 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO LOMBIA NUMERO**

**68886074020**