DOCUMENTO EQUIVALENTE 02/2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

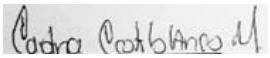
NIT 900.959.048-4

DEBE A:

ARLYN CAROLINA CASTIBLANCO MARTINEZ

CC 1.030.561.700 DE BOGOTA

La suma de $3.736.514 Tres millones Seiscientos treinta y seis mil quinientos catorce pesos (M/CTE) por concepto de servicios como ENFERMERA PROFESIONAL durante el periodo de 01 AL 28 DE FEBRERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N' 2332-2023



ARLYN CAROLINA CASTIBLANCO MARTINEZ
CC 1030561700 de BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24064767048

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-02-17, 09:42:21 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 61508169

**Periodo Cotización** 202301 **Periodo Servicio** 202301

## PAGADA 2023-02-17 00:00:00.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ARLYN CAROLINA CASTIBLANCO MARTINEZ | | | | |
| **Documento** | CC 1030561700 | **Dirección** | CR 81A SUR #43 - 75 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013925311 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1030561700 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | CASTIBLANCO MARTINEZ ARLYN CAROLINA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | | 230301 | | 16 % | $ 1.495.000 | $ 239.500 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12,5 % | $ 1.495.000 | $ 187.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.495.000 | $ 36.500 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | ARL SURA | COLBSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 239.500 | $ 0 | $ 0 | $ 187.500 | $ 36.500 | $ 30.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 493.500 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

| 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: | Arlyn Carolina Castiblanco Martinez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030561700 | |
| CORREO ELECTRONICO: | karoc1030@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3118015567 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ESPACIO VIVIENDA HOGAR PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K27-1 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24064767048 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2332 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 1163 | FECHA | 2023-05-17 10:51:45.000 | NÚMERO DE CRP | 23015 | FECHA | 2023-05-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-02-01 | | 2023-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,736,514 | | | | |
| 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: | $6,974,826 |
| VALOR EJECUTADO | $3,736,514 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,736,514 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,238,312 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 54% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 61508169 | $1,494,606 | $186,826 | $239,137 | 2 | $36,409 | $462,371 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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 ylo Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital do Salud. | Realizar registros y actividades con la calidad del dato requerido de manera continua y oportuna de las familias intervenidas. | Diligenciar formatos ficha de caracterización social y ambiental , tamizajes cronograma. |
| 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 SOS. | Llevar a cabo todas las actividades en cumplimiento de meta de manera oportuna y con calidad, apoyar las actividades requeridas desde secretaria de salud | Diligenciar formatos ficha de caracterización social y ambiental , tamizajes cronograma, actas de asistencia y soportes específicos. |
| Desarrollo de Acciones en el Entorno, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución do las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred | realiza actividades de identificación de familias que son notificadas para el correspondiente abordaje | Dar cumplimiento por medio de actividades de identificación de familias que son notificada para el abordaje y caracterización y diligenciamiento de bases correspondientes |
| Desarrollar acciones de control social. información. sensibilización y educación | llevar a cabo proceso de caracterizaciones, llevando a cabo el correspondiente diligenciamiento de base de acuerdo a información requerida de manera exacta | elaboración de caracterizaciones, registro de observación en base de acuerdo a información requerida de manera exacta y cumpliendo con normas de calidad. |
| seguimiento a la canalización. Participar en la diferente actividades propias del perfil | Cumpliendo con normas de calidad, para le entrega total en adecuadas condiciones y con oportunidad | asistencia a diferentes actividades requeridas reunión de equipo, y asistencias técnicas listados de asistencia, hacer seguimiento a las canalizaciones |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. | Dar a conocer al usuario como se pueden solucionar las problenaticas de salud | elaborar folletos donde se oriente a los usuarios sobre las problemáticas en salud publica |

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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 Suroccidente