| 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: | Maria Fernanda Calderon Carrillo | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030680697 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | calderonfernanda13@outlook.com | | | | CELULAR: | 3228241010 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PLANEACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | BO35T08 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570468270065906 | | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1706 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 1169 | FECHA | 2023-05-17 15:00:29.000 | NÚMERO DE CRP | 24255 | FECHA | 2023-05-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,633,601 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $6,534,404 |
| VALOR EJECUTADO | $6,534,404 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,633,601 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26105355 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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 |
|---|---|---|
| Participar activa y propositivamente en los análisis de Información de acuerdo a necesidades Institucionales | ELABORACION INFORMES // PUBLICACION PAGINA WED | 30 PUBLICACIONES PAGINA WED |
| Atender los requerimientos de los usuarios internos y externos en las condiciones de oportunidad y calidad que se requieran. | REUNION INTRANET ANALISIS USUARIOS | 90 INTRANET |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad | RECOGER CONSENTIMIENTOS SALAS , GINECOLOGIA // URGENCIAS | 2100 CONSENTIMIENTOS RECOGIDOS |
| Apoyar el proceso de Archivo, Desarchivo y Gestión Documental de las sedes que le sean asignadas | DESARCHIVO HISTORIAS CLINICAS , CARPETAS NUEVAS | 350 HISTORIAS CLINICAS // FOLIOS 3100 FOLIOS |
| Generar Archivos soporte de los datos obtenidos. | ARREGLO CONSENTIMIENTOS DEPURAR PARA SUBIR SISTERMA | 2100 CONSENITMIENTOS DEPURADOS |
| Participar activa y propositivamente en los análisis de Información de acuerdo a necesidades Institucionales | REALIZO INFORMES BASE DE DATOS TRIAGE | 250 TIRANGE BASE DE DATOS |
| Atender los requerimientos de los usuarios internos y externos en las condiciones de oportunidad y calidad que se requieran. | REALIZO REGISTRO CIVIL // RECIEN NACIDOS | 22 REGISTROS CIVILES // RECIEN NACIDOS |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad | RECOGER CONSENTIMIENTOS , SALAS URGENCIAS// PEDIATRIA // MEDICINA INTERN A | 1850 CONSENTIMIENTOS SALAS |
| Apoyar el proceso de Archivo, Desarchivo y Gestión Documental de las sedes que le sean asignadas | SE REALIZO DESACHIVO HC PARA CARPETAS NUEVAS | 150 HISTORIAS CLINICAS// 1200 FOLIOS |
| Generar Archivos soporte de los datos obtenidos. | SE INGRESO FUID SITEMA HISTORIAS CLIICAS | 180 HISTORIAS CLINICAS // 1500 FOLIOS |

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | MARIA FERNANDA CALDERON CARRILLO |
| IDENTIFICACION: | CC-1030680697 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-05-16 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-05-24 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-05-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2023-04 |
| PERIODO SALUD: | 2023-04 |
| NUMERO PLANILLA: | 26105355 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 26105355 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 145.000 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 185.600 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 | $ 28.300 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 358.900 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 26/06/2023 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA FERNANDA CALDERON CARRILLO**

**CC 1030680697 DE BOGOTÁ**

La suma de $1.633.601 Un millón seiscientos treinta y tres mil seiscientos un peso por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar Administrativo 1 en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo del 1 al 31 de Mayo conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1706-2023.



**MARIA FERNANDA CALDERON CARRILLO**

**CC 1030680697 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 4682 7006 5906**

| 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: | Maria Fernanda Calderon Carrillo | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030680697 | |
| CORREO ELECTRONICO: | calderonfernanda13@outlook.com | | | | CELULAR: | 3228241010 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PLANEACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO35T08 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570468270065906 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1706 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 185 | FECHA | 2023-01-17 16:43:13.000 | NÚMERO DE CRP | 13148 | FECHA | 2023-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-04-01 | | 2023-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,633,601 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $6,534,404 |
| VALOR EJECUTADO | $4,900,803 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,633,601 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,633,601 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25805180 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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