| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Karol Nathalia Iriarte cano | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023020849 | |
| CORREO ELECTRONICO: | karoliriarte12@gmail.com | | | | CELULAR: | 6014589897 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA USS OLARTE | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA31K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 675971985 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5156 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 1331 | FECHA | 2023-06-07 09:32:43.000 | NÚMERO DE CRP | 26787 | FECHA | 2023-06-08 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-05-08 | | 2023-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,072,660 | | | | |
| 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: | $2,460,448 |
| VALOR EJECUTADO | $2,460,448 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,072,660 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 63319350 | $919,779 | $114,972 | $147,165 | 3 | $22,406 | $284,543 |

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

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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 |
|---|---|---|
| "1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnologo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud" | Realizar la correspondiente facturacion de las familias visitadas por el equipo base | "Se realiza la correspondiente facturacion de las familias subidas al drive de facturacion " |
| "2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. " | Se da Desarrollo a las acciones de control social, información, sensibilización, educación, canalización y seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas. | Se sensibiliza a las familias abordadas en derechos y deberes,informacion e intereses en salud publica |
| "3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. " | N/A | N/A |
| " 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred." | Se Participa activamente en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. | Lista de asistencia . |
| " 5. 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. " | Se realiza acciones de informacion para inpulsar al a comunidad a participar y fortalecer capacidades por el derecho a la salud . | Se cumple con las actividades designadas |
| " 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o lider del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. " | Realizar ajustes y entrega de informes de facturacion de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. | Se entregan ajustes e de informes de facturacion de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. |
| "7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control." | NO | NO |
| "8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos." | Realizar cronogramas mensuales de facturacion e informes para desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | se entregan informes mensuales de facturacion e informes para desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. |
| "9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. " | Reportar oportunamente sobre cualquier eventualidad en facturacion que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Se reportan eventualidades a lideres del programa correspondiente a la localidad . |
| "10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones." | Se vela el mantenimiento de la imagen institucional . | Se mantiene la buena imagen de la institucion. |
| "11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. " | Se ejerce los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades de facturacion con el objeto del contrato. | Se ejerce los princíos en el desarrollo en del objeto del contrato. |
| "12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas." | Estar atentos y dar respuesta a quejas e inquietudes de facturacion ,de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. | Se da respuesta respuesta a quejas e inquietudes de manera oportuna cuando son requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. |
| "13. Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. " | Dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | Se mantien un optimo uso de los aquipos y/o los elementos asignadar para cumplir con las obligaciones |
| "14.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.." | Cumplir la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes de facturacion , requeridos durante la ejecución del convenio | Se cumple con las acvidades designadas |

Copia certificada Subred Suroccidente

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-05-11, 01:29:37 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 63319350

**Periodo Cotización** 202304 **Periodo Servicio** 202304

## PAGADA 2023-05-11 13:26:31.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KAROL NATHALIA IRIARTE CANO | | | | |
| **Documento** | CC 1023020849 | **Dirección** | CL 115A SUR #5 - 53 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3142889063 | | |
| **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 1023020849 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | IRIARTE CANO KAROL NATHALIA | 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 | 0 | | | $ 1.160.000 | 230301 | | 16 % | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.160.000 | $ 28.300 | 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 | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |



**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.**

DOCUMENTO EQUIVALENTE N: 05/2023

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

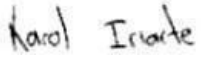
NIT: 900. 959.048-4

DEBE A:

KAROL NATHALIA IRIARTE CANO

CC: 1023020849

La suma de $ 2.072.660, dos millones setenta y dos mil, seiscientos sesenta. Por concepto de prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** durante elperiodo del 8 al 31 de mayo del año 2023 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de *servicios* N° 5156-2023.



KAROL NATHALIA IRIARTE CANO

CC: 1023020849

CUENTA DE AHORROS AV VILLAS

NUMERO 675971985