| | | |
|---|---|---|
| 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ESPERANZA HERRERA CONTRERAS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52314981 | |
| CORREO ELECTRONICO: | fehcontreras@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143953554 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Salud Publica CONVENIO SDE SEG NUTRICION | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-7 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7500928044 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1511 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 540 | FECHA | 2022-02-22 14:56:38.000 | NÚMERO DE CRP | 16695 | FECHA | 2022-02-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-04-01 | | 2022-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,232,000 | | | | |
| 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: | $11,160,000 |
| VALOR EJECUTADO | $6,696,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,232,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,464,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 60% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1045326625 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
52772363
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 |
|---|---|---|
| Realizar la tomas y sistematización de talla y peso de niñas y niños de pre-jardín, jardín y transición en el grupo de colegios asignado. | Se participa en los procesos de cualificación mediante la asistencia a las capacitaciones programadas. | Actas y listados de asistencia |
| Apoyar la verificación del consentimiento que las familias o cuidadores otorgan al colegio para hacer la medición de talla y peso y para los demás procesos de intervención relacionados con la salud y el bienestar de los niños y las niñas | Se realiza verificación de las bases de datos de los colegios, se diligencia la base y se verifican los consentimientos informados | Bases diligenciadas y consentimientos consolidados |
| Definir en conjunto con el profesional de nutrición el cronograma para la toma de talla y peso en los colegios asignados y realizar el contacto con las familias según acuerdos con cada IED para iniciar el proceso. | Se realizan acercamiento a los colegios asignados para generar el cronograma para la toma de talla y peso en los colegios asignados. | Actas y listados de asistencia Y Cronograma en Drive |
| Realizar los barridos por colegios de las novedades presentadas para la medición de talla y peso. | Se realiza tamizaje de peso y talla en los colegios asignados | Actas y verificación de consentimientos |
| Las demás obligaciones que se consideren necesarias para la ejecución del presente convenio. | Se realiza llamada a los padres de familia para el diligenciamiento del consentimiento informado | Verificación en bases de consentimiento de la SED |

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
52772363
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 Surooccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ESPERANZA HERRERA CONTRERAS

CC 52.314.981 DE BOGOTA

La suma de $ 2.232.000 Dos Millones Doscientos Treinta y Dos Mil Pesos por concepto de servicios Auxiliar de Enfermería. Durante el periodo del 1 de abril al 30 de abril de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1511/2022

Esperanza H. C.

ESPERANZA HERRERA CONTRERAS

CC 52.314.981 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550007500928044

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2022-04-19, 04:12:52 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1045326625

**Periodo Cotización** 202203 **Periodo Servicio** 202203

**Cliente:**

## PAGADA 2022-04-11

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESPERANZA HERRERA CONTRERAS | | | | |
| **Documento** | CC 52314981 | **Dirección** | CRA 82 T # 85 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3143953554 | | |
| **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 52314981 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | HERRERA CONTRERAS ESPERANZA | 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 | | | $ 1.000.000 | 230201 | | 16 % | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.000.000 | $ 24.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!