| 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: | Nataly Consuelo Rosas Rodriguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53123238 | |
| CORREO ELECTRONICO: | natalycrosasr@gmail.com | | | | CELULAR: | 3172441233 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ESPACIO PUBLICO PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800011405 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1985 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1348 | FECHA | 2023-06-07 07:57:07.000 | NÚMERO DE CRP | 28232 | FECHA | 2023-06-10 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-03-01 | | 2023-03-25 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,264,224 | | | | | | |
| 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: | $17,414,006 |
| VALOR EJECUTADO | $10,682,090 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,264,224 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,731,916 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 61% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65799424 | $2,578,995 | $322,374 | $412,639 | 3 | $62,824 | $797,838 |

Dado en Bogotá a los veinticinco(25) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
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. | | |
| 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. . | | |
| Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público. | | |
| Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud e acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, | | |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | | |
| 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. | | |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadaspor los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud., | | |
| 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. | | |
| 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. | | |
| 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) | | |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
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

| 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: | Nataly Consuelo Rosas Rodriguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53123238 | |
| CORREO ELECTRONICO: | natalycrosasr@gmail.com | | | | CELULAR: | 3172441233 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ESPACIO PUBLICO PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800011405 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1985 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1348 | FECHA | 2023-06-07 07:57:07.000 | NÚMERO DE CRP | 28232 | FECHA | 2023-06-10 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-03-01 | | 2023-03-26 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,970,379 | | | | | | |
| 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: | $9,417,866 |
| VALOR EJECUTADO | $9,417,866 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,970,379 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65799424 | $2,578,995 | $322,374 | $412,639 | 3 | $62,824 | $797,838 |

Dado en Bogotá a los veintiseis(26) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
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. | | |
| 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. . | | |
| Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público. | | |
| Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud e acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, | | |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | | |
| 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. | | |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadaspor los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud., | | |
| 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. | | |
| 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. | | |
| 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) | | |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 5 /2023**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NATALY CONSUELO ROSAS RODRÍGUEZ**

**C.C 53.123.238 DE BOGOTÁ**

La suma de ($1,264,224) UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE, por concepto de servicios como Psicóloga Profesional Especializado en el periodo de 01 al 26 de marzo 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1985/2023



**Nataly Consuelo Rosas Rodríguez**

**C.C 53.123.238 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO Bancolombia**

**NUMERO 048-000114-05**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 4 /2023**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NATALY CONSUELO ROSAS RODRÍGUEZ**

**C.C 53.123.238 DE BOGOTÁ**

La suma de ($2.970.379) DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE, por concepto de servicios como Psicóloga Profesional Especializado en el periodo de 01 al 26 de marzo 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1985/2023



**Nataly Consuelo Rosas Rodríguez**

**C.C 53.123.238 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO Bancolombia**

**NUMERO 048-000114-05**

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ | **NIT:** | 53123238 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | febrero 2023 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | febrero 2023 |
| **Número de Radicación:** | 65799424 | **Total a pagar:** | $765,700 |
| **Fecha de vencimiento:** | 15/03/2023 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 16/03/2023 | **Número de Administradoras:** | 4 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número Autorización:** | 1972579251 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $56,700 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0 | $371,900 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $46,600 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $290,500 |
| | | | | | | $765,700 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**Le informamos que el pago de la planilla No. 65799424, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.**

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