



DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2022

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LY ANDREA VASQUEZ MEZA

C.C 52.841.533 DE BOGOTA

La suma de \$ 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE M/C, por concepto de servicios **PROFESIONAL EN PSICOLOGIA –PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2** durante el periodo de 01 al 31 de Octubre del 2022, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1038-2022



LY ANDREA VASQUEZ MEZA

C.C. 52841533 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO: COLPATRIA

NUMERO 6882057377

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                              |                        | Versión<br>3                     |             |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                          |                   |                           |                              |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                              |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                           | LY ANDREA VASQUEZ MEZA       |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | C.C                          | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 52841533                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                           | lyandreav@gmail.com          |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3213983784                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                              |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                           | ESPACIO PUBLICO PIC FONTIBON |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                     | Centro de costo   | %                         |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | FO09K30           | 100                       |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                   | BANCO COLPATRIA   |                           |                              |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                           | 6882057377                   |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 1038                      |                              |                        | VIGENCIA                         |             | 2022                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                         | 81                | FECHA                     | 2023-01-02<br>00:00:00.000   |                        | NÚMERO DE CRP                    | 2239        | FECHA                                                                               | 2023-01-04<br>20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | DESDE                     | FECHA INICIAL                |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                           | 2022-10-01                   |                        |                                  | 2022-10-31  |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                           |                              |                        | \$33,245,312                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                              |                        | \$33,113,984                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                              |                        | \$3,736,514                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                              |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           |                              |                        | \$131,328                        |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 1049720894                                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,494,606       | \$186,826                 |                              | \$239,137              | 3                                | \$36,409    | \$462,371                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;">           GINNA PAOLA MARTINEZ MORENO<br/>           52934498<br/>           Supervisor         </div> |                   |                           |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                      |                   |                           |                              |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                           | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| GINNA PAOLA MARTINEZ MORENO<br>52934498<br>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..<br>Copyright © 2021 |             |           |



#### Información de la Planilla Pagada

|                                          |                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                                  |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                                  |
| Descripción                              | Pago de SuAporte                             |
| Fecha                                    | 2022-10-19, 09:06:37 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | septiembre de 2022                           |
| Periodo de Cotización Para Salud         | septiembre de 2022                           |
| Empresa                                  | LY ANDREA VASQUEZ MEZA                       |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 52841533                                  |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1049720894                                   |
| Tipo de Planilla                         | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 1714200699                                   |
| Banco                                    | (1019) - SCOTIABANK COLPATRIA                |
| Valor                                    | \$ 467.100                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 10.0.19.58                                   |

| Nit            | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004     | 25-14  | COLPENSIONES                            | 1                | \$ 239.200     | \$ 2.300             |
| N800251440     | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1                | \$ 186.900     | \$ 1.800             |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                | 1                | \$ 36.500      | \$ 400               |
| SubTotales:    |        |                                         |                  | \$ 462.600     | \$ 4.500             |
| Total a Pagar: |        |                                         |                  |                | \$ 467.100           |