| 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: | FLOR YOLANDA QUINTERO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39649515 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | yolisquintero23@gmail.com | | | | CELULAR: | 6594720 | | | |
| 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 | 488404133305 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1696 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1971 | FECHA | 2023-08-24 14:19:05.000 | NÚMERO DE CRP | 41449 | FECHA | 2023-08-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2023-08-01 | HASTA | FECHA FINAL 2023-08-31 | | |
| 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: | $11,435,207 |
| VALOR EJECUTADO | $11,435,207 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8626123541 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 |
|---|---|---|
| Atender los requerimientos de los usuarios internos y externos en las condiciones de oportunidad y calidad que se requieran | ENTREGA HISTORIAS CLINICAS // SOLICITUDES | 80 HISTORIAS CLINICAS ENTREGASDAS |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad | RECIBIR CONSENTIMIENTOS INFORMADOS// SERVICIOS UNIDADES | 1200 CONSENTIMIENTO RECIBIDOS UNIDADES |
| Apoyar el proceso de Archivo, Desarchivo y Gestión Documental de las sedes que le sean asignadas. | DESARCHIVAR HISTORIAS CLINICAS // ARREGLO ARCHIVO// UNIDAD | 60 HISTORIAS CLINICAS ARREGLO ARCHIVO |
| Mantener la información estadística actualizada, según los requerimientos institucionales | CONSENTIMIENTOS SUBIDOS SISTEMAS // SERVICIOS | 900 CONSENTIMIENTOS SUBIDOS SISTEMAS |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A**

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**CC 39649515 DE BOGOTA**

La suma de $1.633.601 por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de AGOSOTO 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios NO, 1696-2023.

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

CC NO. 39649515DE BOGOTA.

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488404133305

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | FLOR YOLANDA QUINTERO |
| IDENTIFICACION: | CC-39649515 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-08-09 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-08-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-08-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERIODO PENSION: | 2023-07 |
| PERIODO SALUD: | 2023-07 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626123541 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8603110987 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 700 | $ 145.000 | $ 145.700 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 900 | $ 185.600 | $ 186.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 28.300 | $ 28.500 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 1.800 | $ 358.900 | $ 360.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/09/2023 |