1. OBLIGACIONES

**Cuenta No. 144106**

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yurany Paola Arrieta Morales | 1140877924 | yuraarrieta2523@gmail.com | 3135861679 | BANCOLOMBIA S.A | AHORRO | 76961549252 |

| PERIODO | SUPERVISOR | CONTRATO CDP / CRP | CENTROS DE COSTO | DOCUMENTO EQUIVALENTE | NO. PLANILLA | PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023-10-01 / 2023-10-31 | MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA | 5317<br>2696 / 60565 | • SU42A10 - 100 % | • EQUIVALENTE-1140877924-20231017083639-OPS DCTO EQUIVALENTE PARA CUENTA DE octubre yurany.pdf | 7896137907 | • PLANILLA-1140877924-20231017083639-SoporteDePago.General.7896137907.8841 26267459.pdf |

| VALOR TOTAL MAS ADICIONES | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | VALOR A LIBERAR | SALDO POR EJECUTAR | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| $15,458,187 | $14,959,536 | $2,788,510 | | $498,651 | 96.77% |

| ID | OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|---|
| **17145447** | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | • Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | • Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad |
| **17145451** | ) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | • Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | • Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| **17145452** | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | • Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | • Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio |
| **17145460** | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | • Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | • Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato |
| **17145462** | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 1 | • Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | • Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado |
| **17145468** | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | • Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | • Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |

2. DOCUMENTO EQUIVALENTE

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTUTA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

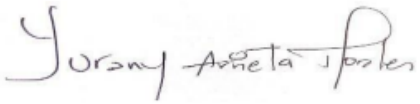
**DEBE A:**

**YURANY PAOLA ARRIETA MORALES**

**CC 1.140.877.924 DE BARRANQUILLA**

La suma de $ 2.788.510 por concepto de Prestación de Servicios como: Medico General en el proceso de Dirección Servicio Ambulatorio durante el periodo de 01 de octubre al 31 de octubre del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de serviciosNo 5317-2023

FIRMA



**YURANY PAOLA ARRIETA MORALES**

**NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA**

**CC 1.140.877.924 DE Barranquilla**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**

**NUMERO 76961549252**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1140877924 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YURANY PAOLA ARRIETA MORALES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLANUEVA | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CRA 8 # 9-17 | TELÉFONO: | 3135861 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | 7896137907 | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 11 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2023/10/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 219177015 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 528.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 | $ 0 | $ 528.400 | $ 6.100 | $ 534.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 528.400** | **$ 6.100** | **$ 534.500** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 412.800 | $ 0 | $ 4.700 | $ 0 | $ 412.800 | $ 4.700 | $ 0 | $ 417.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 412.800** | **$ 4.700** | **$ 0** | **$ 417.500** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 80.500 | $ 80.500 | $ 1.000 | $ 0 | $ 81.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 80.500** | **$ 1.000** | **$ 0** | **$ 81.500** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EL EXTERIOR | EXTRANJERO NO OBLIGADO A TRIBUTAR AREA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1140877924 | ARRIETA MORALES YURANY PAOLA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN SE | | $ 2.839.340 | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 3.302.277 | $ 528.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 528.400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 3.302.277 | $ 412.800 | $ 0 | $ 412.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3.302.277 | $1140877924 | $ 80.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 1.033.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

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: | Yurany Paola Arrieta Morales | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1140877924 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yuraarrieta2523@gmail.com | | | | CELULAR: | 3135861679 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MEDICINA GENERAL 26 ALCALA MUZU | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU42A10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 76961549252 | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5317 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 2696 | FECHA | 2023-11-01 15:56:28.000 | NÚMERO DE CRP | 60565 | FECHA | 2023-11-09 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $2,788,510 | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $15,458,187 |
| VALOR EJECUTADO | $14,959,536 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,788,510 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $498,651 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7896137907 | $1,194,138 | $149,267 | $191,062 | 3 | $29,089 | $369,419 |

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

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad |
| ) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 1 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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 Controlada Subred Sur