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:	IVON CAROLINA BENAVIDES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53080842	
CORREO ELECTRONICO:	caritobenavidesp@gmail.com				CELULAR:	3040632	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K30	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488440517453				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	367			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	2933	FECHA	2023-11-29 16:42:18.000	NÚMERO DE CRP	62706	FECHA	2023-11-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,228,106				
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:	$46,857,510
VALOR EJECUTADO	$46,857,510
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,228,106
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
9456710619	$2,091,242	$261,405	$334,599	3	$50,943	$646,947

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 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
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de profesional especializado 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.	Apoyo de la gestión de los equipos de SAJ, acciones de monitoreo y acompañamiento para la ejecución de actividades en campo.Realizar la pre critica a los productos de la estrategía y demás para el cumplimiento con calidad de los productos solicitados desde la SDS.	Actas de reunión,pre auditoria, entrega a Gesi
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, y lineamientos definidos por la SDS.	Elaboración del Plan de Acción del Equipo de SAJ	Plan de accion del componente . Participacion en las asistencia tecnica de la Secretaria de salud. Actas de articulacion intersectorial
3. Desarrollo de Acciones Individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público.	Realizar el alistamiento y respectiva logistica para facilitar la ejecucion de actividades en campo a los equipos que componen la estrategia	Actas, cronogramas, portafolios, gestion de insumos.
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	Participar en las jornadas o actividasdes que la SDS o la Subred requieran y sean pertinentes para la estrategia	Actas, listados de asistencia, registos fotograficos etc.
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Realizar el respectivo seguimiento al cumplimiento del ejercicio de canalizacion por parte de los equipos del componente	Actas de seguimiento
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	Realizar cronograma de actividades para el abordaje de las diferentes problematicas en salud asociadas al uso de SPA	Cronograma de actividades
7. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	Participar en los fortalecimientos tecnicos por parte de la SDS	Actas y listado de asistencia
8. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	Realizar acciones de fortalecimeinto tecnico y direccionamiento a los equipos de SAJ	Actas de reunión,pre auditoria, entrega a Gesi.
9. 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.	Apoyo de la gestión de los equipos de SAJ, acciones de monitoreo y acompañamiento para la ejecución de actividades en campo.Realizar la pre critica a los productos de la estrategía y demás para el cumplimiento con calidad de los productos solicitados desde la SDS.	Actas de reunión,pre auditoria, entrega a Gesi.
10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	Relizar el monitoreo y seguimeinto de los productos por parte de los colaboradores y sus respectivas correciones cuando sea necesario	Acta de pre auditoria
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Informes mensuales
12. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	Realizar seguimiento de que se entrega con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos	Se entregan actas como evidencia y organización de los productos y la gestion documental a los mismos
13. 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).	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)	Según corresponda

Copia Controlada 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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IVÓN CAROLINA BENAVIDES PLAZAS

CC 53080842 DE BOGOTÁ

La suma de $ 5.228.106 (Cinco millones doscientos veintiocho mil ciento seis pesos M/L) por concepto de servicios profesional especializado durante el periodo de 01 al 31 de octubre, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 367/2023.

Ivon C. Benavides

IVON CAROLINA BENAVIDES PLAZAS

CC 53080842 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS

BANCO DAVIVIENDA NUMERO

0550488440517453

Bogotá DC, octubre 17 de 2023

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN
SALUD SUROCCIDENTE

Asunto: Solicitud de no retención en la fuente por concepto de dependencia adulto mayor.

Yo, Ivón Carolina Benavides Plazas, identificada con la cedula de ciudadanía No 53080842 de Bogotá, certifico que el señor PEDRO ALVEIRO BENAVIDES TUTISTAR, adulto mayor identificado con el documento No 79103586, depende económicamente de mí; lo anterior es para que sea tenido en cuenta la no retención en la fuente de mis honorarios correspondientes al mes en mención.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Ivon C. Benavides

IVON CAROLINA BENAVIDES PLAZAS
CC. 53080842
CEL. 301 4950394

Anexo: Registro civil de nacimiento y documento de identificación de progenitor.

REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

9731540

(1) Fecha hasta: 8 3 0 8 2 7 (2)

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
	NOTARIA TREINTA Y TRES	BOGOTA D.E.	9850

SECCION GENERICA

	(6) Primer apellido	(7) Segundo apellido	(8) Nombres
INSCRITO	BENAVIDES	PLAZAS	IVON CAROLINA

	(9) Masculino o Femenino	(10)		(11) Día	(12) Mes	(13) Año
SEXO	FEMENINO	Masculino ☐ Femenino ☒	FECHA DE NACIMIENTO	27	AGOSTO	1.983

	(14) País	(15) Departamento, Int., o Com.	(16) Municipio
LUGAR DE NACIMIENTO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA D.E.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN IGNACIO DE BOGOTA		(18) Hora: 10:00p
	(19) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): DECLARACIONES DE LEY JUZGADO TRECE CIVIL	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: MUNICIPAL DE BOGOTA	(21) No. licencia

MADRE	(22) Apellidos (de soltera): PLAZAS PALACIOS	(23) Nombres: MARIA ADELINA		(24) Edad actual: 30.
	(25) Identificación (clase y número): C.C.#41.694420 de Bogotá	(26) Nacionalidad: COLOMBIANO	(27) Profesión u oficio: EMPLEADA	
PADRE	(28) Apellidos: BENAVIDES TUTISTAR	(29) Nombres: PEDRO ALBEIRO		(30) Edad actual: 29.
	(31) Identificación (clase y número): C.C.#79.103.585 de Engativa (Cund.)	(32) Nacionalidad: COLOMBIANO	(33) Profesión u oficio: CONDUCTOR	

DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): C.C.#79.103.585 de Engativa (Cund.)	(35) Firma (autógrafa):
	(36) Dirección postal y municipio: Transversal 65 #49-41 sur tel. 620513	(37) Nombre: PEDRO ALBEIRO BENAVIDES TUTISTAR
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número):	(39) Firma (autógrafa):
	(40) Domicilio (Municipio):	(41) Nombre:
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número):	(43) Firma (autógrafa):
	(44) Domicilio (Municipio):	(45) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)			(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro
	(46) Día: 28	(47) Mes: MAYO	(48) Año: 1986	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 VI/77

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE DE CONFORMIDAD-- CON LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 de 1970.-------

24 DIC 1993

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.103.586**

BENAVIDES TUTISTAR
APELLIDOS

PEDRO ALBEIRO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1957**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-OCT-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00990393-M-0079103586-20180328 0060503356A 1 9903694377

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53080842		BENAVIDES PLAZAS IVON CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 78 A 6 B 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3040632	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	213533045	9456710619	I	2023/10/10	2023/10/11	BANCO DAVIVIENDA	1	$647,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	53080842	BENAVIDES PLAZAS IVON CAROLINA	230301	30	$2,091,242	$334,600	EPS005	30	$2,091,242	$261,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,091,242	$51,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,091,242**	**$334,600**			**$2,091,242**	**$261,500**			**$0**	**$0**			**$2,091,242**	**$51,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,600	$400	$0	$335,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$334,600	$400	$0	$335,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$100	$0	$51,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$51,000	$100	$0	$51,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$300	$0	$261,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$261,500	$300	$0	$261,800
TOTAL				**1**	**$647,100**	**$800**	**$0**	**$647,900**

2023/10/13 09:18 AM