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:	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016040229	
CORREO ELECTRONICO:	imunozmarti2711@gmail.com				CELULAR:	3196028356	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300721235				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3027			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	3045	FECHA	2023-12-14 11:31:00.000	NÚMERO DE CRP	68436	FECHA	2023-12-15 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-12-01		2023-12-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,613,087						
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:	$50,334,384
VALOR EJECUTADO	$50,192,314
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,613,087
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$142,070
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
72702617	$1,845,235	$230,654	$295,238	3	$44,950	$570,842

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

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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 conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	JORNADA DE ACCION COMUNITARIA, ARTICULACION CON ANALISIS DE POLITICAS, ACCION DE ABOGACIA COMUNICACION Y MOVILIZACION SOCIAL, FORMACION COMUNITARIA, VISITAS DOMICILIARIAS, ATIVACION DE CANALIZACION, ASISTENCIA TECNICA A UNIDADES DE SALUD, REUNION DE PACIENTES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALES.	ACTAS Y LISTADOS, CORREO ELECTRONICO, FORMATO DE VISITA, REGISTRO FOTOGRAFICO.
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-Subred Sur Occident	JORNADA DE ACCION COMUNITARIA, ARTICULACION CON ANALISIS DE POLITICAS, ACCION DE ABOGACIA COMUNICACION Y MOVILIZACION SOCIAL, FORMACION COMUNITARIA, VISITAS DOMICILIARIAS, ATIVACION DE CANALIZACION, ASISTENCIA TECNICA A UNIDADES DE SALUD, REUNION DE PACIENTES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALES.	ACTAS Y LISTADOS, CORREO ELECTRONICO, FORMATO DE VISITA, REGISTRO FOTOGRAFICO.
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado	JORNADA DE VIH DISTRITAL	ACTA Y LISTADO
Recepcionar, verificar, validar y realizar seguimiento de las personas, familias y/o comunidades canalizadas desde el PSPIC e ingresados al módulo SIRC o en aplicativo que disponga la SDS, con miras a garantizar la calidad de la información registrada	VISITAS DOMICILIARIAS Y CANALIZACION POR CORREO Y MODULO SIRC	CORREO ELECTRONICO, FORMATO DE VISITAS
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria	PREAUDITORIA MENSUAL, ENTREGA DE SOPORTES	ACTA Y LISTADO
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	VISITAS DOMICILIARIAS	FORMATO DE VISITA
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	PREAUDITORIA MENSUAL, ENTREGA DE SOPORTES	ACTA Y LISTADO
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	ENVIO DE INFORME MENSUAL PIGI,PLAN DE ACCION, 7828	CORREO ELECTRONICO
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado	PREAUDITORIA MENSUAL, ENTREGA DE SOPORTES	ACTA Y LISTADO
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	NO APLICA	NO APLICA
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes	CANALIZACION GESTANTE CAPTACION TEMPRANA	MODULO SIRC
Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS	ASISTENCIA TECNICA SDS	ACTA Y LISTADO
Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes	ENVIO DE INFORME MENSUAL PIGI,PLAN DE ACCION, 7828	CORREO ELECTRONICO
Gestionar los casos identificados con control de calidad de la información y verificación de pertinencia de la Ruta Integral de Atención en Salud seleccionada para la canalización	ACTIVACION DE RUTA CANALIZACION MODULO SIRC	CORREO ELECTRONICO
ARL	NO APLICA	NO APLICA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016040229	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ	CR 122A 17F-51	2988191	imunozmarti2711@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	02/01/2024	73484214	$608.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	0	0	37.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	1	37.000	37.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	608.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016040229	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ		CR 122A 17F-51	2988191	imunozmarti2711@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	02/01/2024	73484214	$608.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016040229	MUÑOZ MARTINEZ INGRY MARCELA	59	0			N																	230301	1.845.235	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.235	230.700	14-11	1.845.235	3	45.000	CCF24	1.845.235	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ

CC 1016040229 DE BOGOTA

La suma de $ 4.613.087 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE) por concepto de servicios Profesional Universitario 1 durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3027-2023



INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ

CC 1016040229 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550007300721235