Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52777157	
CORREO ELECTRONICO:	epardoparrado@yahoo.es				CELULAR:	3118118199	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-2	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456170220804				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4131			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	289	FECHA	2024-01-17 10:55:11.000	NÚMERO DE CRP	10605	FECHA	2024-01-17 11:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	REFERENTE ENTORNO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,458,292				
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:	$47,748,085
VALOR EJECUTADO	$47,748,085
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,458,292
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
71271040	$2,583,317	$322,915	$413,331	3	$62,930	$799,175

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

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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 Surcidente

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 del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Realiza seguimiento a la operación con las profesionales de apoyo asignados al entorno, Planear el desarrollo de la operación y revisión de lineamientos para la ejecución dentro del entorno cuidador Institucional. Participación en comités de salud publica según cronograma entregado por coordinación PIC 3, 10,17,24 Y 31 de octubre de 2023. 18/10/2023 comité distrital entorno cuidador Institucional	Actas de preauditoria, actas de participación en espacios distritales y locales, actas de asistencia técnicas de secretaria.
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-ESE.	Elaboración y ejecución del plan de acción mensual del entorno cuidador Instituciona	plan de acción del entorno radicado oportunamente
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	Se realiza seguimiento con las profesionales de apoyo a las canalizaciones pertinentes a la profesional de canalizaciones para la respectiva gestión frente a la barreras de acceso en salud identificadas, se realiza induccion a los profesionales nuevos en el entorno y fortalecimiento a los que lo requieran	Actas y listado de asistencia
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	Se realiza seguimiento al reporte de los eventos notificados. Para este mes no fue reportado ningun evento de interes en salud publica por parte del entorno institucional	En este mes no se reportaron eventos de interes en salud publica
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	Desde el entorno institucional los profesionales brindan información a los usuarios acerca de sus deberes y derechos en cada una de las actividades desarrolladas, se participo en reunión de veedores el día 23 de octubre y se programa acompañamiento para el 25 de octubre de 2023	Actas y listado de asistencia, formato veedores.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	Se realiza entrega de los soporte e información solicitada desde la coordinacion del entorno de manera oportuna y cuando son requeridos con la calidad y completitud necesaria	Correos enviados con la información solicitada, elaboración de informes o actas
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	No se realiza retencion provisional de glosa y se realizan procesos de preauditoria para garantizar la calidad y oportunidad en los soportes.	Actas de preauditoria con profesionales de apoyo
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	Participación en reunión de equipo el dia 9 de octubre, Asistencias a reuniones locales y distritales a las que sean convocadas. Participación en comités de salud publica según cronograma entregado por coordinación PIC 3, 10,17,24 Y 31 de octubre de 2023. 18/10/2023 comité distrital entorno cuidador Institucional	Actas y listado de asistencia

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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 Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 10/2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO

C.C. 52777157 DE BOGOTA

La suma de 6.458.292 $Seis millones cuatrocientos cincuenta y ocho mil doscientos noventa y dos pesos M/CTE, por concepto de: Profesional especializado 2, Referente de gestión durante el periodo de 1 al 31 de octubre del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4131- 2023.



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO

C.C. 52777157 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4561702208

Señores

Subred Integrada de Servicio
de salud Sur Occidente ESE
Ciudad

Respetados señores

La presente para informar que mi hija MARIA ALEJANDRA GUZMAN PARDO RC 1.013.018.102 depende económicamente de mi por lo cual solicito se tenga en cuentacomo beneficio para retención en la fuente.

Quedo atenta,



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
C.C. 52777157 DE BOGOTA
CONTRATISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1013018102

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53133757

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	27	☐	☐	☐	A2E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUZMAN **********	PARDO **********

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUL Día 29	Femenino	AB	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12276168-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARDO PARRADO ELIANA YASLEIDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.52.777.157	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUZMAN VASQUEZ HELBERT

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.724.223	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUZMAN VASQUEZ HELBERT

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.724.223	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2013 Mes JUL Día 30	MANUEL CASTRO BLANCO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2100

* 53133757 *

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
NOTARIA VEINTISIETE DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

El Suscrito Notario Veintisiete Encargado del Círculo de Bogotá D.C.
CERTIFICA

Que esta fotocopia es tomada de su original el cual reposa en los libros del Registro Civil de **NACIMIENTO** que se llevan en esta Notaria y que obra en el Indicativo Serial 53133757 y es plena prueba del estado civil, expedida para **DEMOSTRAR PARENTESCO.**

Para Constancia se Firma en Bogotá D.C., hoy 01 AGO 2013

HECTOR ORLANDO REYES MUÑOZ
NOTARIO 27 (E)

NOTARIO VENTISIETE Encargado BOGOTA D.C.

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

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	52777157	ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO		CALLE 20C # 93-25	6012660718	epardoparrado@yahoo.es	
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	09/10/2023	71271040	$851.100	

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	323.000	0		0		0	0	0	0	323.000	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	413.400	0	0	0	0	0	0		413.400	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	63.000				63.000	0	0	63.000			630	63.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	51.700	0	0	51.700	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	323.000	323.000
Pensión	1	413.400	413.400
Riesgos Laborales	1	63.000	63.000
CCF	1	51.700	51.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	851.100	851.100

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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	52777157	ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO		CALLE 20C # 93-25	6012660718	epardoparrado@yahoo.es	
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	09/10/2023	71271040	$851.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cód. arl	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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	52777157	PARDO PARRADO ELIANA YASLEIDY	59	0			N																	230301	2.583.317	413.400	0	0	0	0	EPS008	2.583.317	323.000	14-11	2.583.317	3	63.000	CCF24	2.583.317	51.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner