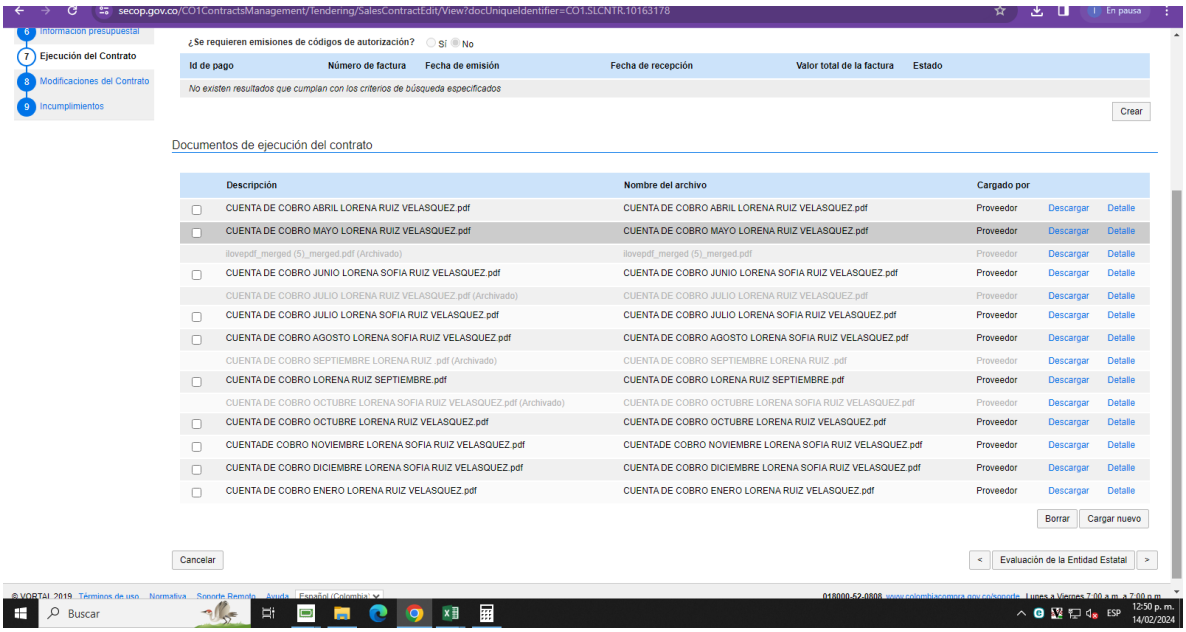
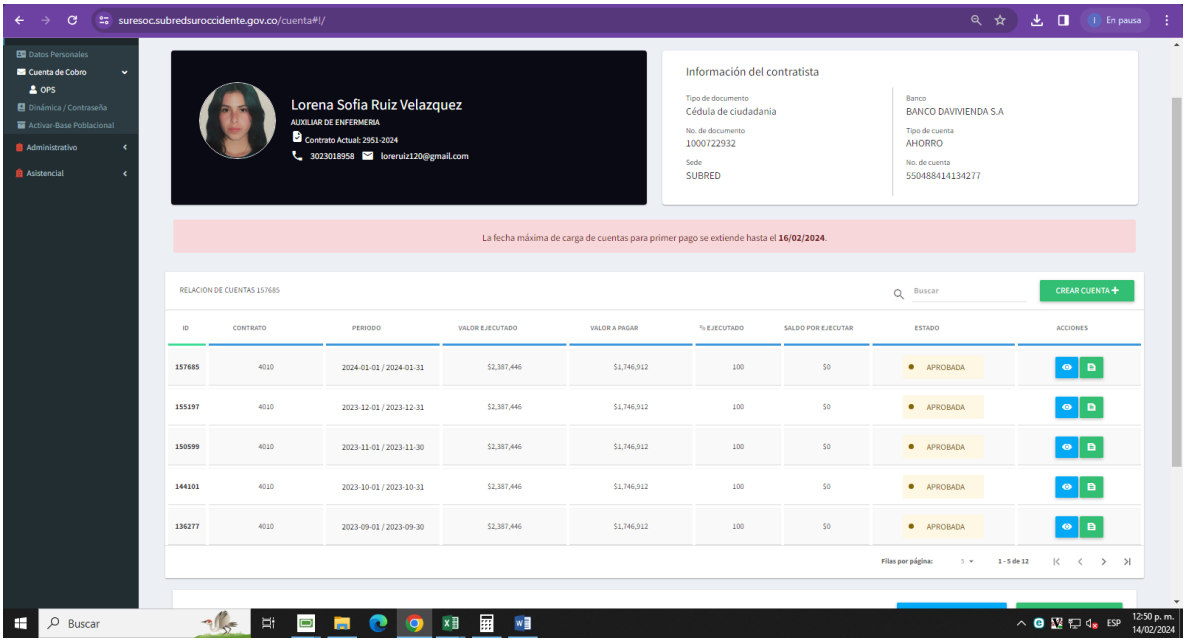

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10163178
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO ABRIL LORENA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO MAYO LORENA RUIZ VELASQUEZ.pdf
ilovepdf_merged (5)_merged.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JUNIO LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO LORENA RUIZ VELASQUEZ.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JULIO LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE LORENA RUIZ .pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO LORENA RUIZ SEPTIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO OCTUBRE LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO OCTUBRE LORENA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTADE COBRO NOVIEMBRE LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ.pdf
CUENTA DE COBRO ENERO LORENA RUIZ VELASQUEZ.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Buscar
ESP
12:50 p. m.
14/02/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Lorena Sofia Ruiz Velazquez
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Contrato Actual: 2951-2024
3023018958
loreruiz120@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadanía
No. de documento
1000722932
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
550488414134277
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 16/02/2024.
RELACION DE CUENTAS 157685
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
157685 4010 2024-01-01 / 2024-01-31 $2,387,446 $1,746,912 100 $0 APROBADA
155197 4010 2023-12-01 / 2023-12-31 $2,387,446 $1,746,912 100 $0 APROBADA
150599 4010 2023-11-01 / 2023-11-30 $2,387,446 $1,746,912 100 $0 APROBADA
144101 4010 2023-10-01 / 2023-10-31 $2,387,446 $1,746,912 100 $0 APROBADA
136277 4010 2023-09-01 / 2023-09-30 $2,387,446 $1,746,912 100 $0 APROBADA
Filas por página: 5
1 - 5 de 12
Buscar
ESP
12:50 p. m.
14/02/2024

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	1000722932	LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ	CR 74 0 67 SUR	3023018958	loreruiz120@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	
2024-01	2024-01	I	08/02/2024	74230104	$402.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000722932	LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ		CR 74 0 67 SUR	3023018958	loreruiz120@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	08/02/2024	74230104	$402.200	

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	1000722932	RUIZ VELASQUEZ LORENA SOFIA	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	Lorena Sofia Ruiz Velazquez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000722932	
CORREO ELECTRONICO:	loreruiz120@gmail.com				CELULAR:	3023018958	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS 17 TRINIDAD GALÁN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488414134277				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4010			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	7215	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-01-01		2024-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,746,912				
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:	$2,387,446
VALOR EJECUTADO	$2,387,446
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
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
73490439	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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 a fines del perfil profesional conforme a lo establecido porloslineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia segun parametros descritos del componentes cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Subred Sir Occidente y la Secretaria Distritald e Salud	Se cumple de acuerdo al perfil	Cuando asi se requiera
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma vigente	Tener en cuenta la poblacion asignada	Programa PAI
Mantener el servicio oárea de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para losprocedimientos o actividades a ejecutar	Se cumple con los protocolos de desinfeccion y limpieza	Permanente
. Reazalizar actividades de auxiliar de enfermería intramural asignadas de acuerdo a las estrategías de los programas y planes de acción de la institución.	Hacer seguimientos a poblacion asignada segun programa	Base de datos
Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia	Se informa oportunamente al lider de sede	Cuando asi se requiera
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usurio, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.	De acuerdo a necesidades de la sede	Cuando asi se requiera
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los sotfware , instrumentos y formatos que le sean enconmendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental	Se tiene en cuenta de acuerdo a las actividades del perfil	Sistema de informacion dinamica
Educar alindividuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicio de la ESE.	Se brinda la educacion por etapa de vida	Cuando asi se requiera
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usurio de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida	Se cumple y se vigila Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usurio de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida	Cuando asi se requiera
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de la ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular al PIC y POS.	Se verifica para cumplimiento de metas PYD	Permanente
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	Permanente	Permanente
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	Se asiste de acuerdo a programacion indicada	Actas de asistencia
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de laorden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital	Se asiste de acuerdo a programacion indicada	Actas de asistencia
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa	Normativa PAI y lineamientos	Programa Pai
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos del PAI.	Tener en cuenta los lineamientos de PAI	Aplicativo PAI

Copia Certificada Subred Sur Occidente

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LORENA SOFIA RUIZ VELASQUEZ

C.C 1.000.722.932 DE BOGOTÁ

La suma de un millón setecientos cuarenta y seis mil novecientos doce pesos mda cte. ($1.746.912), por concepto de: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos del 1 de Febrero al 29 de Febrero del 2024 en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional No 2951-2024 en la uss trinidadgalan.



Nombre de contratista

C.C 1.000.722.932 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488414134277