| 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: | ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012444995 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jazz-1070@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7757670 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570004570218075 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8500 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 143 | FECHA | 2023-01-17 16:18:14.000 | NÚMERO DE CRP | 5400 | FECHA | 2023-01-17 20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO ADMINISTRATIVO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-01-01 | | 2023-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,443,110 | | | | |
| 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: | $10,505,373 |
| VALOR EJECUTADO | $10,423,936 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,443,110 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $81,437 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 64867666 | $977,244 | $122,156 | $156,359 | 3 | $23,806 | $302,320 |

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

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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 especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | REALIZAR APOYO ADMINISTRATIVO | ACTAS LISTADOS DE ENTREGA Y LISTAS DE CHEQUEO |
| Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial , con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. | REALIZAR ENTREGA DE INSUMOS, EQUIPOS BIOMEDICO Y EQUIPOS DE COMPUTO, COMUNICACIÓN | ACTAS Y LISTAS DE ENTREGA |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. | REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ELEMENTO DE BIOSEGURIDAD | ACTAS Y LISTAS DE ENTREGA |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | REALIZAR CONTROL DE INSUMOS, EQUIPOS BIOMEDICOS Y OTROS | ACTAS |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred | COMITES, REUNIONES Y CAPACITACIONES | ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| 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. | REALIZAR CONTROL DE INSUMOS, EQUIPOS BIOMEDICOS Y OTROS | ACTAS Y LISTA DE ENTREGAS |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos | REALIZAR AJUSTES SEGÚN REQUERIMIENTO | ACTAS |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control. Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | ENTREGA DE INSUMOS, EQUIPOS BIOMEDICOS Y OTROS PARA EL PERIODO NO SE PRESENTO AUDITORIA | ACTA Y LISTADOS DE ENTREGA |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | SE HACE SEGUIMIENTO A EQUIPOS POR PROBLEMAS EN APLICATIVOS COMO DINAMICA Y SECOCLIENT | TICKET Y ACTAS |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | SE PORTAN ELEMENTOS INSTITUCIONALES DE FORMA ADECUADA | ACTAS |
| . Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos. | SE REALIZA ENTREGAS DE LOS DIFERENTES INSUMOS PARA CUMPLIMIENTO | ACTAS Y LISTADOS DE ENTREGA |
| . Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | REALIZAR LISTAS DE CONTROL CHEQUEO PARA LOS EQUIPOS PORTANDO SUS ELEMENTOS DE TRABAJO | LISTA DE CHEQUEO |
| Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central. | COMITES, REUNIONES Y CAPACITACIONES | ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en su componente territorial. | Se atendieron las solicitudes y se dieron respuesta oportunamente a las quejas y solicitudes asignadas | Listados de asistencia, actas de reunión |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Se dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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 | 1012444995 | ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO | DG 71D 77H 08 | 3043913424 | jazz-1070@hotmail.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 | |
| 2022-12 | 2022-12 | I | 18/01/2023 | 64867666 | $329.400 | |

## 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 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 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 | 24.400 | | | | 24.400 | 0 | 0 | 24.400 | | | 244 | 24.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 20.000 | 0 | 0 | 20.000 | 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 | 125.000 | 125.000 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 160.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.400 |
| CCF | 1 | 20.000 | 20.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 329.400 | 329.400 |

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 | 1012444995 | ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO | | DG 71D 77H 08 | 3043913424 | jazz-1070@hotmail.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 | |
| 2022-12 | 2022-12 | I | 18/01/2023 | 64867666 | $329.400 | |

## 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 | 1012444995 | BELTRAN COTRINO ANGIE DANIELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF22 | 1.000.000 | 20.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2023

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

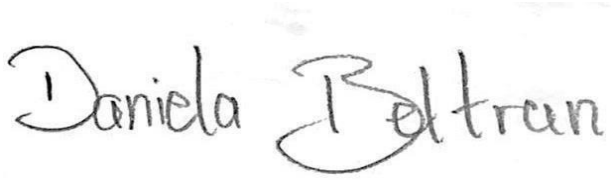
900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO

CC1012444995

La suma de **DOS MILLONES CUATROSIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO DIEZ P E S O S M/CTE ($2.443.110),** por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como TECNOLOGA EN GESTION ADMINISTRATIVA en el área de Gestión de Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 1 al 31 de ENERO de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8500-2022.



ANGIE DANIELA BELTRAN COTRINO

CC 1012444995 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570004570218075