| 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: | ana salazar espitia | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52918612 | |
| CORREO ELECTRONICO: | anita201171@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3213909830 | |
| 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 | 550474700044172 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6848 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 11064 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-12-01 | | 2023-12-11 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $895,897 | | | | |
| 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: | $5,420,197 |
| VALOR EJECUTADO | $4,524,300 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $895,897 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $895,897 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28463947 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los once(11) 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 con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | | |
| Articulación y coordinación mensual con las referencias locales de la política pública | | |
| " Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato" | | |
| "El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato." | | |
| Parametros dados por el contratista de temas administrativos contractuales | | |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. | | |
| Participar en las asistencias técnicas presenciales o virtuales convocadas desde la Secretaría Distrital de Salud | | |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización resenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales | | |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | | |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual | | |
| Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | | |
| Articulación y coordinación mensual con las referencias locales de la política pública | | |
| " Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato" | | |
| "El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato." | | |
| Parametros dados por el contratista de temas administrativos contractuales | | |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. | | |
| Participar en las asistencias técnicas presenciales o virtuales convocadas desde la Secretaría Distrital de Salud | | |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización resenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales | | |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | | |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual | | |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

DOCUMENTOEQUIVALENTE N° 12 de 2023

LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

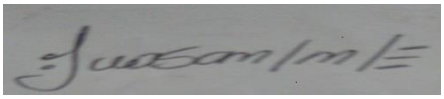
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA SALAZAR ESPITIA

CC 52.918.612 de Bogotá.

La suma de $ 895.897 ochocientos noventa y cinco mil ochocientos noventa y siete pesos mcte por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería técnico 1 durante el periodo de 01 de diciembre al 11 de diciembre 2023 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6848-2023



ANA SALAZAR ESPITIA

CC 52.918.612 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550474700044172

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52918612 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2023-11 | 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | 6 | 68.100 | 400 | 68.500 |
| **Período salud:** | 2023-11 | EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | 6 | 53.200 | 400 | 53.600 |
| **Planilla Nro.:** | 28463947 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 6 | 10.400 | 100 | 10.500 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2023-12-11 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 330684605 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | **GRAN TOTAL** | | | $ 132.600 |

PAGADO



Powered by CamScanner