# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-11, 04:43:02 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057497249

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8802698013

**PAGADO 11/09/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DEISY YANIRA TORRES PUENTES | | |
| **Documento** | CC52663704 | **Dirección** | CARRERA 22 # 7-110 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3192736621 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MADRID | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52663704 | DEISY YANIRA TORRES PUENTES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 3.000 | $ 361.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09 /2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DEISY YANIRA TORRES PUENTES

CC 52663704 DE FUNZA

La suma de $2.471.871 dos millones cuatrocientos setenta y un mil ochocientos setenta y un pesos por M/CTE., concepto de servicios Técnico en Auxiliar de Enfermería en el área de salud pública Entorno Educativo - Convenio Interadministrativo 4723937-2023 durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4462 / 2023



DEISY YANIRA TORRES PUENTES

CC 52663704 DE FUNZA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 456170055606

| 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: | DEISY YANIRA TORRES PUENTES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52663704 | |
| CORREO ELECTRONICO: | YANIRATPUENTES@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3192736621 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONVENIO SDE PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-4 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 456170055606 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4462 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 2694 | FECHA | 2023-11-01 15:55:12.000 | NÚMERO DE CRP | 60017 | FECHA | 2023-11-09 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,471,871 | | | | |
| 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: | $15,655,182 |
| VALOR EJECUTADO | $15,655,182 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,471,871 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1057497249 | $988,748 | $123,594 | $158,200 | 3 | $24,086 | $305,879 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
52816389
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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 |
|---|---|---|
| 1. Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que el que atraviese la ciudad en el momento. | Se realiza desde el correo de la IED la notificación de brotes epidemiológicos según indica SDS. | PARA ESTE MES NO SE PRESENTO CASOS EN LA IED |
| 2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P. | Se realizó revisión de protocolo de bioseguridad institucional para reconocer sus características y desarrollo del mismo, se activa la ruta de atención incluyendo la RIA en situaciones críticas. | Acta |
| 3. Adelantar hechos pedagógicos con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) con el fin de que la IED sea consciente de cómo prevenir las enfermedades infectocontagiosas en las sedes de la IED que se están presentando, previamente con la autorización ya sea del rector o coordinador de la institución educativa | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo. | carteleras y piezas comunicativas |
| 4. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado. | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo. | carteleras y piezas comunicativas |
| 5. Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla, peso y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa, se realiza acompañamiento en las campañas concertadas por la SDS. | carteleras y piezas comunicativas , actas |
| 6. Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes. | Se participa de las capacitaciones organizadas y lideradas por la coordinación del convenio que corresponden a: PROMOCION Y PREVENCIÓN DE BROTES EPIDEMI0LOGICOS Y AFECCIONES RESPIRATORIAS, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, MOVILIDAD SEGURA Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES ESCOLARES. | Actas y registro de asistencia |
| 7. Apoyar al comité de gestión de riesgo y emergencias escolares y a la brigada escolar institucional en la actualización de los planes escolares de gestión de riesgo, emergencias y cambio climático | Para este mes no se realizó esta actividad. | Acta,registro |
| 8. Actuar de inmediato como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares en la institución educativa. | Se actúa y realiza apoyo y acompañamiento como primer respondiente en caso de accidentes escolares según ruta establecida por la SED, con coordinación y colaboración del primer respondiente de la IED. | Registro y reporte según la ruta de la IED |
| 9. Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED. | Se reportan actividades diarias en las bitácoras, plan de actividades según esquemas solicitados por la SED. | Reporte aula virtual y registro en bitácoras |
| 10. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED. | Se realiza ingreso y reporte y los aplicativos de las herramientas pedagógicas que se encuentran en la plataforma de la SED. | Reporte y registro digital |
| 11. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin. | Se realiza presentación de informe mensual de las actividades desarrolladas y evidencias. | Registros fotográficos, actas, herramienta pedagógica |
| 12. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred | Se asiste y cumple con las asistencia presencial mensual y entrega de informes en la fecha y hora indicadas. | Actas y registros de asistencia |

Copia Controlada Subred Sur Oficiante

ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
52816389
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