| 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: | ERIKA CORTES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012371303 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ejcortesn@gmail.com | | | | CELULAR: | 3176559751 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SANITARIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K31 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 29991920623 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2235 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 684 | FECHA | 2024-02-28 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 20677 | FECHA | 2024-03-06 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO AMBIENTAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-02-01 | | 2024-02-29 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,614,128 | | | | |
| 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: | $3,136,954 |
| VALOR EJECUTADO | $2,614,128 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,614,128 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $522,826 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 74100903 | $1,045,651 | $130,706 | $167,304 | 3 | $25,472 | $323,483 |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. 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 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 |
|---|---|---|
| 1.Realizar, liderar o apoyar visitas de inpeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud | Apoyo al la Linea de ETOZ con Vacunación Antirrábica: Localidad de Kennedy y Fontibon de acuerdo a la distribución por parte de la Lider | Planillas de vacunación de 736 mascotas |
| 2.Apoyar las actividades de control vectorial, vacunación canica y felina demas acciones relacionadas de la linea de eventos transmisibles de origen zoonotico | Apoyo al la Linea de ETOZ con Vacunación Antirrábica: Localidad de Kennedy y Fontibon de acuerdo a la distribución por parte de la Lider | Planillas de vacunación de 736 mascotas |
| 3.Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental. | Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental | Charlas y socialización de emergencia ambiental |
| 4.Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas. | Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades | Cronogramas semanales de jornadas, planillas de vacunación |
| 5.Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros; | Se realizan cuatro entregas de avance de actividades | Planillas de vacunación de 741 mascotas |
| 6.Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse | Revisar a modo de preauditoría en cada entrega | Se realizan preauditoría a productos |
| 7.Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas; | Revisar a modo de preauditoría en cada entrega | Revisar a modo de preauditoría en cada entrega |
| 8.Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciónes y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (software), de su perfil en su componente de vigilancia sanitaria y ambiental | Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información. | Se mantiene |
| 9.Atender y dar respuesta oportuna a peticiones,solicitudes o quejas presentadas por la comunidad | Atender y dar respuesta oportuna a solicitudes de la comunidad | Atención oportuna a solicitudes de la comunidad |
| 10.Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados; | Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados | Listas de asistencia, actas de reunión |
| 11.Apoyar la realizacion de jornadas, actividades y eventos de interees del area de salud publica o demas actividades de la subred, cuando sea requerido. | Apoyar jornadas extramurales de la subred | Se apoya jornada con GESA |
| 12.Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garantizen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfaccion del cliente interno y externo de la subred | Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos | Conozco y aplico |
| 13.Llevar en forma ordenada un archivo físico o magnético de fácil consulta y verificación. | Llevar en forma ordenada un archivo físico o magnético de fácil consulta y verificación | Consulta de jornadas anteriores, y cronogramas, planillas de vacunación |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

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 | 1012371303 | ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO | Dg 73 B sur 82 F 21 | 7947098 | ejcortesn@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 | 13/02/2024 | 74100903 | $406.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 11 | 1.700 | 0 | 164.200 | 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 | 11 | 2.100 | 0 | 210.100 | 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 | 11 | 400 | 32.100 | | | 317 | 32.100 | 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 | 164.200 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 210.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 32.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 406.400 |

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 | 1012371303 | ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO | | Dg 73 B sur 82 F 21 | 7947098 | ejcortesn@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 | 13/02/2024 | 74100903 | $406.400 | |

## 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 | 1012371303 | CORTES NAVARRO ERIKA JHOHANA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ERIKA JHOHANA CORTES NAVARO**

**C.C 1012371303 DE BOGOTA**

La suma de $2.614.128 por concepto de: Tecnóloga en Saneamiento Ambiental durante el periodo de 1 al 29 de febrero de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2235-2024.



**ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO**

**CC 1012371303**

**CUENTA DE AHORROS 29991920623**

**BANCOLOMBIA**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿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

Datos guardados

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Pago 1.pdf | Pago 1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Pago 2.pdf | Pago 2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Pago 3.pdf | Pago 3.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Pago 4.pdf | Pago 4.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago mayo.pdf | Certificación pago mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago abril.pdf | Certificación pago abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago marzo.pdf | Certificación pago marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago febrero.pdf | Certificación pago febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago junio.pdf | Certificación pago junio.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago julio.pdf | Certificación pago julio.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago agosto.pdf | Certificación pago agosto.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago septiembre.pdf | Certificación pago septiembre.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago octubre.pdf | Certificación pago octubre.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago noviembre.pdf | Certificación pago noviembre.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago diciembre.pdf | Certificación pago diciembre.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificación pago enero 2024.pdf | Certificación pago enero 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >