DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENY ASTRID AGUDELO PEÑA

C.C 65766129 DE IBAGUIE

La suma de 3.501.264, por concepto de: prestación de servicios de salud co trabajadora social en la unidad de Kennedy, de la oficina de participación comunitar servicio al ciudadano, durante el periodo de 01 al 31 de Marzo del 2024 de conformi con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **795 - 2024**

Yeny Astrid Agudelo Peña

YENY ASTRID AGUDELO PEÑA

C.C 65.766.129 de Ibagué

CUENTA DEAHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 20727337738

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado
CC	85768129	AGUDELO	PEÑA	YENY	ASTRID	2017-07
CC	85768129	AGUDELO	PEÑA	YENY	ASTRID	2024-01
CC	85768129	AGUDELO	PEÑA	YENY	ASTRID	2018-05

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado
E.P.S SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	12/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	11/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	09/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	08/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	07/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	06/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	05/2023	17	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	04/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	03/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	02/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	01/2023	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	12/2022	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	11/2022	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	10/2022	10	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	08/2022	30	COTIZANTE
E.P.S SANITAS	07/2022	30	COTIZANTE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
	Fecha de aprobación	2/1/2024
	Código	04-02-FO-[illegible]

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yany Astrid Agudelo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.		
CORREO ELECTRONICO:	yagudelopena@gmail.com				CELULAR:		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRE	
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A USU TRABAJO SOCIAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10001	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20727187738						

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

NÚMERO DE CONTRATO	785			VIGENCIA		
NÚMERO DE CDP	229	FECHA	2024-01-15 09:28:24.000	NÚMERO DE CRP	15284	
OBJETO DEL CONTRATO:	TRABAJADOR SOCIAL					
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE:	FECHA INICIAL 2024-03-01	HASTA:		
VALOR HONORARIOS MENSUALES				$3,581,264		
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencia de maternidad y pagos por prima legal. O cualquier otra novedad que reportar en el
Trabajador) es de anotar que para los alivios tributarios se debió allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	
VALOR EJECUTADO	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	

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 honor
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	
45391 17282	$1,408,506	$175,863	$224,081	3	$34,116	

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2024. La anterior para que surta el pago pertine

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39768222
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de S
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Copia Controlada Subred Sur Occidente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	
DIRECCIÓN:	CL 65 NO 27-46	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	45391117282	TIPO DE PLANILLA:		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	
DÍAS DE MORA:		3		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

NOVEDADES												
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA

LIQUIDACIÓN GENERAL	

PENSIÓN		
	ADMINISTRADORA	
NIT	CÓDIGO	NOMBRE
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES
	SUBTOTAL:	

SALUD		
	ADMINISTRADORA	
NIT	CÓDIGO	NOMBRE
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.
	SUBTOTAL:	

CAJA DE COMPENSACIÓN		
	ADMINISTRADORA	
NIT	CÓDIGO	NOMBRE
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR
	SUBTOTAL:	

RIESGOS PROFESIONALES		
	ADMINISTRADORA	
NIT	CÓDIGO	NOMBRE
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA
	SUBTOTAL:	