| 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: | GLORIA FERNANDA RIAÑO GOMEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52205405 | |
| CORREO ELECTRONICO: | fernandariano184@gmail.com | | | | CELULAR: | 7222462 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC TRABAJO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K28 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570000570129254 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1771 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 933 | FECHA | 2024-03-30 15:16:11.000 | NÚMERO DE CRP | 22676 | FECHA | 2024-04-03 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-03-01 | | 2024-03-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,998,070 | | | | | | |
| 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: | $11,994,210 |
| VALOR EJECUTADO | $7,996,140 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,998,070 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 75483148 | $2,225,013 | $278,127 | $356,002 | 3 | $54,201 | $688,330 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos | Se realizan las actividades asignadas cumpliendo con las indicaciones dadas por SDS y la referente del espacio en los tiempos definidos, 20 caracterizaciones, 40 asesorias en salud, 10 desarrollo de acciones por el cuidado a la salud. | "Formatos sisco Actas de reunión Formatos fisicos" |
| Realizar seguimiento a menores de cinco años canalizados con identificación del riesgo establecidos en el plan de choque | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión, participar activamente en las jornadas de salud pública programadas por la sub red sur occidente, seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | Se realizan los ajustes sugeridos por la referente y profesional de apoyo del entorno cuidador laboral | "Formatos sisco Actas de reunión Formatos fisicos" |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio | Se realizan los ajustes sugeridos por la referente y profesional de apoyo del entorno cuidador laboral | "Formatos sisco Actas de reunión Formatos fisicos" |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos , alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS | Se entregan informe mensual, plan operativo, alistamiento de auditoria Febrero | Formatos físicos, informe word, plan operativo |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS, asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista, velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes | Asistencia técnica 14, 21 de MARZO 2024 | Listado de Asistencia |
| Dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales. | Se cumple con lineamientos de SDS | Productos entregados del mes de Marzo |
| Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades | No se realizó durante el mes | No se generan |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno. | Se cumple en el desarrollo diario de actividades | Se cumple |
| Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación.. b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía | No se realizó durante el mes | No se generan |

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 | 52205405 | GLORIA FERNANDA RIAÑO GOMEZ | cra 69 No 12b 21 | 6014219452 | FERNANDARIANO184@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | 12/02/2024 | 74095298 | $499.600 | |

## 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 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 10 | 1.900 | 0 | 201.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 2.400 | 0 | 258.300 | 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 | 39.000 | | | | 39.000 | 10 | 400 | 39.400 | | | 390 | 39.400 | 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 | 200.000 | 201.900 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 258.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 494.900 | 499.600 |

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 |
| CC | 52205405 | GLORIA FERNANDA RIAÑO GOMEZ | | cra 69 No 12b 21 | 6014219452 | FERNANDARIANO184@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| SI |

| 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 | 12/02/2024 | 74095298 | $499.600 | |

## 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 | 52205405 | RIAÑO GOMEZ GLORIA FERNANDA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.599.228 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.599.228 | 200.000 | 14-11 | 1.599.228 | 3 | 39.000 | | 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**

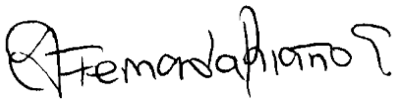
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.ENIT: 900.959.048-4**

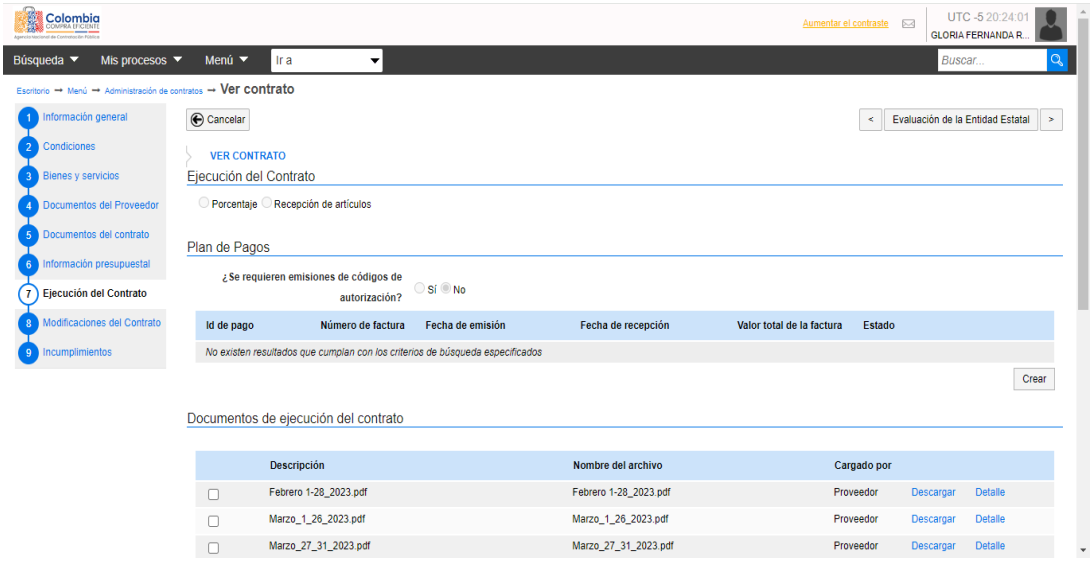
**DEBE A:**

**GLORIA FERNANDA RIAÑO GOMEZ**
**C.C 52205405 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 3.998.070 M/C, por concepto de: Prestar Servicios profesionales como Enfermera (Profesional Universitario 2) de acuerdo con el requerimiento institucional, horas adicionales, Durante el periodo del 1 al 29 de Febrero de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1771-2024.



**GLORIA FERNANDA RIAÑO GOMEZ**
C.C 52205405 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO
DAVIVIENDANÚMERO
0570000570129254




| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero 1-28_2023.pdf | Febrero 1-28_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo_1_26_2023.pdf | Marzo_1_26_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo_27_31_2023.pdf | Marzo_27_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril_1_30_2023.pdf | Abril_1_30_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo_1_31_2023.pdf | Mayo_1_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio_1_30_2023..pdf | Junio_1_30_2023..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Agosto_1_31_2023.pdf (Archivado) | Agosto_1_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio_1_31_2023..pdf | Julio_1_31_2023..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO_1_AL_31_2023.pdf | AGOSTO_1_AL_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Septiembre1_30_2023.pdf | Septiembre1_30_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 1_15_2023.pdf | Agosto 1_15_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Octubre_1_31_2023.pdf | Octubre_1_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | NOV_1_30_2023.pdf | NOV_1_30_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Diciembre_1_31_2023.pdf | Diciembre_1_31_2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ENERO 2024...pdf | ENERO 2024...pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >