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:	Leidy Johana González reyes						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012426345	
CORREO ELECTRONICO:	leidyjuan221@gmail.com				CELULAR:	3123466108	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-6	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120531271				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1800			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1132	FECHA	2024-04-25 16:55:37.000	NÚMERO DE CRP	25346	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	DIGITADOR						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-04-01		2024-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,845,204				
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:	$5,535,612
VALOR EJECUTADO	$5,535,612
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,845,204
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
9464823096	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 Surcidente

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
Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de Salud Pública de acuerdo a los estándares	Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de Salud Pública de acuerdo a los estándares	Digitación de Información en las Siguientes Bases: (Base Sivigila, Base de Agendamiento, Base de Muestreo)
Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético	Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético	Digitación de Información en las Siguientes Bases: (Base Sivigila, Base de Agendamiento, Base de Muestreo)
Apoyar la digitación de Bases de datos del programa Salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	Apoyar la digitación de Bases de datos del programa Salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	Actas y listados de asistencia a capacitaciones e inducciones brindadas por el entorno hogar y/o la SUBRED SUR OCCIDENTE.
Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos	Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos	Canalización digitada y enviada al correo correspondiente.
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	Cumplimiento de las citas asignadas
Garantizar y validar la información ingresada en los aplicativos dispuesto teniendo en cuenta las herramienta de indicaciones suministradas por el técnico	Garantizar y validar la información ingresada en los aplicativos dispuesto teniendo en cuenta las herramienta de indicaciones suministradas por el técnico	se brinda apoyo al entorno hogar
Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido	Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido	Se validan los datos de los usuarios digitados en las diferentes bases suministradas por el entorno hogar, relacionando los hallazgos encontrados y notificados a cada digitador.
Validar las fichas de captura según los instructivos suninistrados desde nivel central	Validar las fichas de captura según los instructivos suninistrados desde nivel central	Se brinda apoyo al entorno hogar
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud	Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud	Apoyo y acompañamiento en las diferentes actividades que desarrolla la institución
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	Se brinda apoyo al entorno hogar

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 Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 1012426345 1800-2024

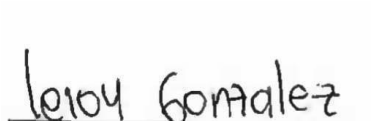
LASUBRED INTEGRADADESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY JOHANA GONZALEZ REYES CC 1.012.426.345 DE BOGOTA

La suma de ($1.845.204) UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS CUATRO PESOS por concepto de: (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC como DIGITADOR, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo con el requerimiento institucional), durante el periodo de 1 al 30 de Abril de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1800-2024.



LEIDY JOHANA GONZALEZ REYES

CC 1.012.426.345 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24120531271

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012426345		GONZALEZ REYES LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 83 bis # 73 f 70 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5775685	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	586290360	9464823096	I	2024/04/10	2024/04/19	NEQUI	9	$405,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1012426345	GONZALEZ LEIDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012426345		GONZALEZ REYES LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 83 bis # 73 f 70 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5775685	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	586290360	9464823096	I	2024/04/10	2024/04/19	NEQUI	9	$405,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$300	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$3,200**	**$0**	**$405,400**

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	Leidy Johana Gonzalez - Cuenta de cobro Enero 2024.pdf (Archivado)	Leidy Johana Gonzalez - Cuenta de cobro Enero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO LEIDY GONZALEZ.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO LEIDY GONZALEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo