Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	cindy caterine poveda ramirez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033748052	
CORREO ELECTRONICO:	kathezofli@hotmail.com				CELULAR:	6017158688	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO				SEDE	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU37R32	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	92057421					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4859			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1120	FECHA	2024-04-25 16:45:30.000	NÚMERO DE CRP	27991	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO TECNOLOGICO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2024-02-29		2024-02-29	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$88,232			
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$5,558,639
VALOR EJECUTADO	$88,232
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$88,232
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,470,407
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	2%

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
75623528	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
1010176616
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 las actividades necesarias para el trámite y publicación de contratos de prestación de servicios requeridos por le entidad	se cargan terminación suspensión y renovación	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
2 Proyección de minutas (Contratos, Adiciones, Prórrogas, e.t.c) de los procesos contractuales requeridos.	se apoya contingencia	se apoyo
3. Seguimiento a la legalización de minutas (Contratos, Adiciones, Prórrogas, e.t.c) de los procesos contractuales requeridos desde su publicación hasta su perfeccionamiento. 4 Trámite y publicación de las novedades (Suspensiones, Reinicios, Terminaciones, Modificaciones e.t.c) de los procesos contractuales de asuntos sometidos a su consideración.	Realiar apoyo de acuerdo a nesecidad de sub proceso	Realiar apoyo de acuerdo a nesecidad de sub proceso
4. Preparar y entregar la información solicitada a la Dirección de Contratación hacia entes internos y externos, según requerimientos realizados al área.	se llaman a los contratistas para aprobar contratos	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
5. Brindar atención personalizada y telefónica a los usuarios que lo requieren.	se apoya a la realizacion de minutas y requerimientos	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
6. Realizar las demás que sean asignadas por el Supervisor de acuerdo al objeto contractual.	se cargan terminación suspension y renovacion	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
7. Realizar análisis, trámites, proyección y contestación oportuna de Derechos de Petición, solicitudes y requerimientos allegados a la Dirección de Contratación garantizando su notificación según previa designación.	se direcciona a la persona encargada"	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
8. Apoyar las contingencias que se requieran en los subprocesos de contratación	A solicitud del supervisor	Para este periodo no fue solicitada esta actividad
9. Realizar las acciones pertinentes para asegurar la correcta conformación de los expedientes contractuales, teniendo en cuenta la normatividad vigente.	se direcciona solicitud a lider de proceso PARA ESTE PERIODO NO FUE SOLICITADO ESTA ACTIVIDAD POR PARTE DEL SUPERVISOR	Para este periodo no fue solicitada esta actividad

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
1010176616
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

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	1033748052	CINDY CATERINE POVEDA RAMIREZ	Cll 68 b bis 18 X 59	3243087589	kathezoli@hotmail.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	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76509287	$402,200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162,500	0		0		0	0	0	0	162,500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208,000	0	0	0	0	0	0		208,000	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	830903790-5	31,700				31,700	0	0	31,700			317	31,700	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, SSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162,500	162,500
Pensión	1	208,000	208,000
Riesgos Laborales	1	31,700	31,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402,200	402,200

PAGADA

OK, fosygo
15/05/2024

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	1033746052	CINDY CATERINE POVEDA RAMIREZ	CR 68 b bis 18 X 50	3243697589	kathezofi@hotmail.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	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76509287	$492.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Estado	Exterior	Extranjero sin cotización en Colombia	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRL	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033746052	POVEDA RAMIREZ CINDY CATERINE	Sí	0		N													23230	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CK 105499
15/05/2024

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:

CINDY CATERINE POVEDA RAMITREZ
C.C. 1033748052 DE BOGOTA

La suma de total a pagar **DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN PESOS ($2.646.971) M/CTE.,** por concepto de Prestar Servicios Profesionales Especializados a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el Área de Contratación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.,** de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo comprendido entre el 01 de abril del 2024 al 30 de abril de 2024, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios **N.º** : **4859-2024**

Cindy Catterine Poveda.

CINDY CATERINE POVEDA RAMITREZ
C.C 1033748052 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA
NÚMERO 092057421