**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Jose Daniel Huertas Barrera**
**C.C 1012407460 de Bogotá**

La suma de $1.633.601, por concepto de: Prestación de servicios de salud como Auxiliar administrativo en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 883-2024.



**JOSE DANIEL HUERTAS BARRERA**
**C.C. 1012407460 DE BOGOTÁ**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCODAVIVIENDA S.A**
**NUMERO 570472970053113**

# PLANILLA NRO. 8629426787 Tipo I 2024 02

ASOPAGOS

## DATOS GENERALES

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1012407460 | JOSE HUERTA | ÚNICO | | 0 | 2024-02 | 2024-02 | 8629426787 | 8628163575 | PRIVADA | I | 14-23 | 86 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALLE 70 SUR 78 82 | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 3197387448 | 0 | DAMABARERIS12@GMAIL.COM | 8299 | 0 | 1 | 2024-03-12 | 2024-03-14 |

## TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | 162500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 162500 | 0 | 0 | 0 | 162500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 162500 | 1 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808 | 208000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 208000 | 1 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | 31700 | 0 | 0 | 0 | 31700 | 0 | 0 | 31700 | 0 | 0 | 0 | 31700 |

## TOTAL APORTES A ESAP

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A MINISTERIO

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

## TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

### ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

### SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NÚMERO ADMINISTRADORAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |

| TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA | |
|---|---|
| PENSIONES | 208000 |
| SALUD | 162500 |
| RIESGOS LABORALES | 31700 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 402200 |

PAGADO

| 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: | Jose Daniel Huertas Barrera | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012407460 | |
| CORREO ELECTRONICO: | damabareris12@gmail.com | | | | CELULAR: | 3197387448 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A USU ATENCION AL USUARIO USS BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO35O02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570472970053113 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 883 | | | VIGENCIA | 2024 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1255 | FECHA | 2024-05-01 14:51:03.000 | NÚMERO DE CRP | 28776 | FECHA | 2024-05-10 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS) | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | | |
| | | 2024-03-01 | | 2024-03-31 | | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,633,601 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $4,900,803 |
| VALOR EJECUTADO | $3,267,202 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,633,601 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,633,601 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8629426787 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
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. Apropiar e implementar el Manual de información y servicio al ciudadano y procedimientos institucionales. | Apropiar e implementar el Manual de información y servicio al ciudadano y procedimientos institucionales. | Apropiar e implementar el Manual de información y servicio al ciudadano y procedimientos institucionales |
| 2. Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila de acuerdo a los procedimientos institucionales. |
| 3. Realizar entrega de ficha de digiturno de acuerdo al tipo de población y necesidad de la atención (Prioritaria, citas del día, población general) | Realizar entrega de ficha de digiturno de acuerdo al tipo de población y necesidad de la atención (Prioritaria, citas del día, población general) | Realizar entrega de ficha de digiturno de acuerdo al tipo de población y necesidad de la atención (Prioritaria, citas del día, población general) |
| 4. Realizar correcta identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala del dolor. | Realizar correcta identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala del dolor. | Realizar correcta identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala del dolor. |
| 5. Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales. | Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales. | Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales. |
| 6. Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud. | Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud. | Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud. |
| 7. Realizar charlas educativas en salas de espera de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Realizar charlas educativas en salas de espera de acuerdo a los procedimientos institucionales. | Realizar charlas educativas en salas de espera de acuerdo a los procedimientos institucionales. |
| 8. Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante. | Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante. | Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante. |
| 9. Brindar información y orientación a los usuarios y familia respecto del ciclo de atención en los servicios de Consulta Externa y los tiempos en la atención, permanentemente | Brindar información y orientación a los usuarios y familia respecto del ciclo de atención en los servicios de Consulta Externa y los tiempos en la atención, permanentemente | Brindar información y orientación a los usuarios y familia respecto del ciclo de atención en los servicios de Consulta Externa y los tiempos en la atención, permanentemente |
| 10. Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera | Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera | Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera |
| 11. Realización de charla de taller pedagógico a los usuarios inasistentes. | Realización de charla de taller pedagógico a los usuarios inasistentes. | Realización de charla de taller pedagógico a los usuarios inasistentes. |
| 12. Aplicación encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria | Aplicación encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria | Aplicación encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria |
| 13. Registro, captura y gestión de las barreras de acceso. | Registro, captura y gestión de las barreras de acceso. | Registro, captura y gestión de las barreras de acceso. |
| 14. Verificación de órdenes médicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento. | Verificación de órdenes médicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento. | Verificación de órdenes médicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento. |
| 15. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la Entidad | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la Entidad | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la Entidad |
| 16. Realizar la totalidad de los cursos asignados por la entidad | Realizar la totalidad de los cursos asignados por la entidad | Realizar la totalidad de los cursos asignados por la entidad |
| 17. Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato |

Copia Certificado Subred Suroccidente

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
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