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:	ANGELA PATRICIA CENDALES SÁNCHEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019035117	
CORREO ELECTRONICO:	anngela.cendaless@gmail.com				CELULAR:	3208501749	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC EDUCATIVO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K29	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67481667256					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	1397			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1586	FECHA	2024-06-27 16:19:57.000	NÚMERO DE CRP	35948	FECHA	2024-06-30 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-04-01		2024-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,228,106				
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:	$15,684,318
VALOR EJECUTADO	$15,684,318
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,228,106
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
75510273	$2,091,242	$261,405	$334,599	3	$50,943	$646,947

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 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, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	Se realizan intervenciones individuales de manera presencial y virtual, con el objetivo de dar soporte psicosocial a niños, niñas y adolescentes y/o adultos de las instituciones educativas que presentan presuntos eventos de conducta suicida, ansiedad, depresión, estrés, cutting, con un total de 56 sesiones de la localidad de Fontibón.	Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente	Se realizan intervenciones individuales de manera presencial y virtual, con el objetivo de dar soporte psicosocial a niños, niñas y adolescentes y/o adultos de las instituciones educativas que presentan presuntos eventos de conducta suicida, ansiedad, depresión, estrés, cutting, con un total de 56 sesiones de la localidad de Fontibón.	Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado	En caso de presentarse, se asistirá a la jornada progrmada y se presentarán soportes de acuerdo a la solicitud por parte de la ESE	Actas y listados de asistencia
Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá.	De presentarse se hará la respectiva notificación en los respectivo	No se presenta
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	De presentarse se hará la respectiva notificación en los respectivo	Formatos de canalización
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria.	Se presentan soportes de acuerdo a la solicitud por parte de la ESE	Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	De presentarse se hará la respectiva notificación en los respectivo	Formatos de canalización
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Se realiza la respectiva socialización sobre derechos y deberes respecto a la seguridad social en salud durante las sesiones	Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	Se presentan soportes de acuerdo a la solicitud por parte de la ESE	Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	Se presentan soportes de acuerdo a la solicitud por parte de la ESE	Actas, listados de asistencia, formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud menta
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado.	Se realiza según la programación establecida por el apoyo y la asistencia oportuna para ejecutar el alistamiento de pre auditoría	Actas, listados de asistencia, formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud menta
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).	Actas, listados de asistencia, formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental	Ninguno
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes	De presentarse se hará la respectiva notificación en los respectivos formatos de canalización de la SSO	Formatos de canalización
. Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS.	Se presentan soportes de acuerdo a la solicitud por parte de la ESE	Actas y listados de asistencia
Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes.	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido	Actas y listados de asistencia
Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido	Actas y listados de asistencia y formatos de canalización

Copia Controlada 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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGELA PATRICIA CENDALES SÁNCHEZ

CC 1.019.035.117 DE BOGOTÁ

La suma de $5.228.106 (CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE), por concepto de servicios PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4, durante el periodo del 01 al 30 de Abril 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°1397/2024

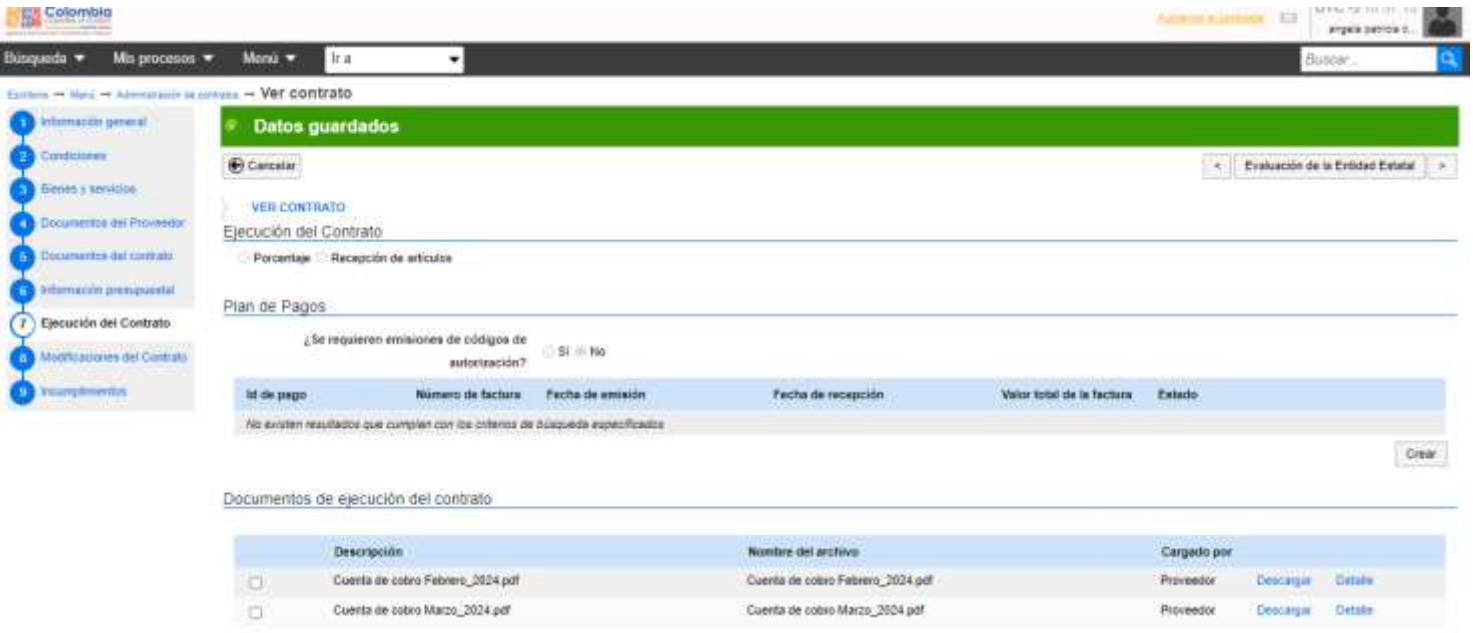


Angela Patricia Cendales Sánchez

CC 1.019.035.117 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 67481667256


Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
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
Cuenta de cobro Febrero_2024.pdf
Cuenta de cobro Febrero_2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta de cobro Marzo_2024.pdf
Cuenta de cobro Marzo_2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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		
☐	Cuenta de cobro Febrero_2024.pdf	Cuenta de cobro Febrero_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Marzo_2024.pdf	Cuenta de cobro Marzo_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Abril_2024.pdf	Cuenta de cobro Abril_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Mayo_2024.pdf	Cuenta de cobro Mayo_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Enero_completo.pdf	Enero_completo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Febrero_completo.pdf	Febrero_completo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo_completo.pdf	Marzo_completo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1019035117-0	ANGELA PATRICIA CENDALES SANCHEZ	Cra. 68b #96-16	3223117900	anngela.cendaless@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	75510273	$693.800	

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	261.500	0		0		0	8	1.800	0	263.300	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	334.600	0	0	0	0	8	2.300	0	336.900	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	51.000				51.000	8	400	51.400			510	51.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	41.900	8	300	42.200	1

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	261.500	263.300
Pensión	1	334.600	336.900
Riesgos Laborales	1	51.000	51.400
CCF	1	41.900	42.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	689.000	693.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019035117-0	ANGELA PATRICIA CENDALES SANCHEZ		Cra. 68b #96-16	3223117900	anngela.cendaless@gmail.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	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	75510273	$693.800	

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	1019035117	CENDALES SANCHEZ ANGELA PATRICIA	59	0			N																	230301	2.091.243	334.600	0	0	0	0	EPS008	2.091.243	261.500	14-11	2.091.243	3	51.000	CCF24	2.091.243	41.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información