# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1016084959 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | LAURELES DE NUEVA CASTILLA | TELÉFONO: | 6790687 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7927034871** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/06/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 712789856 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 455.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 455.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 356.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 356.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 69.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 69.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 881.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 881.600** |

Planilla Pagada

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA NO.**

**13-2024**

**LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD**

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

**DEBE A:**

**PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE**

**C.C 1016084959 DEBOGOTA D.C**

La suma de $7.098.352 (SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como MEDICO en la Dirección de Gestión de Riesgo de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5261-2023.

Ángel Nieto

**PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE**

**C.C 1016084959 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS**

**BANCOLOMBIA**

**NUMERO 60286427181**

| 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: | PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016084959 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | angelnietomed@gmail.com | | | | CELULAR: | 3006790687 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | FO08K33-5 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 60286427181 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5261 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1655 | FECHA | 2024-06-30 11:05:36.000 | NÚMERO DE CRP | 43024 | FECHA | 2024-07-10 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN MEDICINA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-06-01 | | 2024-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $7,098,352 | | | | |
| 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: | $98,142,432 |
| VALOR EJECUTADO | $92,664,356 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,098,352 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,478,076 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 94% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7927034871 | $2,839,341 | $354,918 | $454,295 | 3 | $69,166 | $878,378 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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 bachiller, tecnico y/o tecnologo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | Realizar consultas médicas domiciliarias | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. | Seguir los lineamientos de intervención del programa salud a mi barrio, realizar consultas medicas a familias | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | Realizar educación al usuario de hábitos de vida saludable | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. | Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada | Acta de asistencia a reuniones |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Realizar ejercicio de educacion con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o lider del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Realizar ajustes que se evidencia como hallazgos en la matriz de familia caracterizadas | Acta de certificación |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control | Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relacion a las familias caracterizadas cumoliendo con los lineamientos planteados en el modelo de salud territorial | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos | Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relacion a las familias | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Informar al gestor a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato | Por medio de notificacion al supervisor o lider |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. | Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución | chaqueta y uniforme en buen estado y carnet en buen estado |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato | NA | NA |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Realizar ejercicio de educacion con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE | Historia clinica y plan de cuidado y canalización sirc |
| Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | Tener equipos de computo en buen estado para la realización de actividades | Acta de entrega de equipos en buen estado |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | NA | NA |

Copia Controlada Subred Suroccidente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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