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:	GIOVANNI ROMERO SALINAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79645799	
CORREO ELECTRONICO:	gioromeros1973@gmail.com				CELULAR:	3143712802	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488437571760				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1986			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2038	FECHA	2024-09-12 16:05:09.000	NÚMERO DE CRP	58602	FECHA	2024-09-13 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-08-01		2024-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,613,087						
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:	$32,291,610
VALOR EJECUTADO	$32,291,610
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,613,087
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
79354712	$1,845,235	$230,654	$295,238	3	$44,950	$570,842

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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
Realizar plan de trabajo y remitirlo vía correo electrónico a la SDS a más tardar los primeros cinco (5) días hábiles de iniciada la vigencia, el formato de plan de trabajo deberá incorporar las subactividades descritas en este documento operativo.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Acompañamiento y/o seguimiento mensual en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con por lo menos dos de las EAPB y/o las IPS asignadas previamente por la SDS.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Realizar seguimiento frente a condiciones en salud física por parte del profesional de enfermería; las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud, valoración de riesgos psicofísicos derivados de los hechos victimizantes, identificación de barreras de acceso en salud y orientación e información en salud.	ATENCIONES, SEGUIMIENTOS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ, USME RURAL Y GESTIONES EN SALUD	FORMS DE REGISTRO ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA, PAP040, FORMATO ACTAS ATENCIONES Y SEGUIMIENTOS, PRODUCTOS DE ATENCIONES POR ENFERMERÍA EN DRIVE.
Realizar mitigación de barreras en salud. Las gestiones en salud se registrarán de manera digital en la matriz denominada “Gestiones en Salud” formulario forms que permitirá evidenciar las fechas de la gestión con su respectivo soporte bien sea correos electrónicos, citas médicas generadas a través de whatsapp, formularios de afiliación, entre otros.	GESTIONES EN SALUD REALIZADAS PARA LA MITIGACION DE BARRERSAS DE ACCESO EN SALUD	FORMS DE REGISTRO DE LA GESTIONES REALIZADAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES
Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento cuando sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y participar en las reuniones de equipo convocadas por las coordinaciones del proceso.	REUNIÓN DE EQUIPO ENFERMERÍA, REUNION DE COORDINACIÓN DE ESTRATEGIA DE PAZ, REUNIONES CON FORMAR EN PAZ, REUNION CON SDS	LISTADOS DE ASISTENCIA.
Participar en las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas y cuidado a cuidadores. Una vez al mes se realizará jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas y cada dos meses se realizará jornada de cuidado a cuidadores.	SE PARTICIPA EN LA JORNADA DE CUIDADO A CUIDADORES Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS	LISTADOS DE ASISTENCIA.
Realizar la propuesta metodológica de los diálogos de saberes en salud e implementarla en los centros de encuentro o en los espacios /lugares definidos, según cronograma de la SDS.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Documento / Ruta transversalización enfoque diferencial: De manera conjunta con la estrategia Formar en Paz se realizará la construcción de un documento/ruta que recoja las recomendaciones para la transversalización del enfoque diferencial.	SE REALIZA DOCUMENTO DE TRANSVERZALIZACION DE LA ESTRATEGIA DE MANERA CONJUNTA CON LA ESTRATEGIA DE FORMAR EN PAZ	DOCUMENTO DE TRANSVERZALIZACION
Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Realizar aportes técnicos para los informes de cada ciclo de atención (tres ciclos de atención en la vigencia). Este informe se realizará en la estructura definida previamente por la Secretaría Distrital de Salud y deberá ser remitido vía correo electrónico 10 días después de finalizado el ciclo de atención.	SE REALIZA INFORME DE CICLO Y REMITIDO DURANTE LOS 10 PRIMEROS DIAS	DOCUMENTO INFORME DE CICLO
Realizar informe mensual que presente las acciones adelantadas en el proceso de promoción y prevención	SE REALIZA INFORME MENSUAL DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL PROCESO DE PYP	INFORME RADICADO CADA MES
Realizar aportes técnicos al informe final de vigencia. Este informe se realizará en la estructura definida previamente por la Secretaría Distrital de Salud y deberá ser remitido vía correo electrónico 10 días después de finalizada la vigencia.	SE REALIZA INFORME FINAL DE VIGENCIA RADICADO DURANTE LOS 10 PRIMEROS DIAS	INFORME FINAL DE VIGENCIA
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.	SE DA CUMPLIMIENTO A TODAS LAS ACTIVIDADES A FINES DEL PERFIL, CON LOS CRITERIOS DE VERACIDAD, CLARIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA QUE SE REQUIEREN, ASIGNADOS EN EL CONTRATO CON LA SUBRED SUR OCCIDENETE Y LA SDS	FORMS DE REGISTRO ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA, PAP040, FORMATO ACTAS ATENCIONES Y SEGUIMIENTOS, PRODUCTOS DE ATENCIONES POR ENFERMERÍA EN DRIVE.
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SE DA CUMPLIMIENTO A TODA LA REGLAMANTACION INTERNA Y EXTERNA RELACIONADAS CON LA EJECUCION DEL PRESENTE CONTRATO	FORMATOS, RELATORIAS, ACTAS
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	SE DA CUMPLIMINETO A TODAS LAS POLITICAS INSTITUCIONALES	LISTADOS DE ASISTENCIA
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	SE PARTICIPA DE LOS PROCESOS DE ACREDITACION, HABILITACION Y SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA SUBRED	LISTADOS DE ASISTENCIA, ACTAS DE PARTICIPACION

Copia certificada Subred Sur Occidente

Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente.	ENTREGA DE SOPORTES CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD EXIGIDOS POR LA SDS Y DE PRESENTARSE GLOSA SE ASUMIRÁ EL 100% DE LA GLOSA GENERADA.	ENTREGA DE MATRICES DE SEGUIMIENTO A ACCIONES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ENFERMERÍA.
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.	SE DESARROLLAN ACCIONES CON CRITERIOS DE ETICA, LEALTAD Y BUENA FE	FORMATOS, RELATORIAS, ACTAS
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor.	SE REALIZA EL PAGO A LOS APORTES EN SALUD DE MANERA OPORTUNA	PLANILLA DE PAGO
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SE DA CUMPLIMINETO A TODAS LAS GUIAS DE MANEJO, MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	FORMATOS, RELATORIAS, ACTAS
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar.	SE DA BUEN USO A LOS EQUIPOS BIOMEDICOS SUMINISTRADOS POR LA SUBRED	REVISION DE MANTENIMIENTO PERIODICO
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	SE DA CUMPLIMIENTO CUANDO SE REALICE EL REQUERIMIENTO	DOCUMENTOS, FORMATOS,ACTAS, RELATORIAS
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del supervisor.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
En caso de ser designado como supervisor de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional y respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad en el formato establecido, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar por parte del supervisor el último servicio recibido.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	SE PONEN EN PRACTICA LAS NORMAS DE GESTION AMBIENTAL USO EFICIENTE DE LOS INSUMOS PUESTOS A SU DISPOSICIÓN, ASÍ COMO DE LOS RECURSOS DE AGUA Y ENERGÍA Y CONTRIBUIR CON EL RECICLAJE.	LISTADOS DE ASISTENCIA Y PARTICIPACION
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	SE DA CIMPLIMINETO A LAS NORMAS DE RIESGOS LABORALES	ACTAS Y LISTADOS DE PARTICIPACION

Copia Certificada Subred Suroccidente

Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada, la cual será solicitada por la entidad en el momento que se requiera su soporte.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje.	SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION DEL ABUSO Y ACOSO SEXUAL	FORMATOS, SOPORTES Y ACTAS
El CONTRATISTA se obliga a publicar en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargará evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en Secop II ítem 7 ejecuciones del contrato.	SE REALIZA EL CARGUE MENSUAL DE CUENTA DE COBRO Y DOCUMENTOS DE CONTRATACION	LINK DE SOPORTE DE CARGUE
Para los casos que aplique EL CONTRATISTA deberá cumplir con las metas de producción acordadas con el supervisor del contrato para efectos de actividades y/o productos a prestar, conforme a los lineamientos pactados.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	ACTIVIDAD NO PROGRMADA	NO APLICA

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

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	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS	CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80102996	$571.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

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
CC	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS		CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80102996	$571.000	

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	Exonerado	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	79645799	ROMERO SALINAS GIOVANNI	59	0			N																	25-14	1.845.235	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.235	230.700	14-11	1.845.235	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 08 DE 2024

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

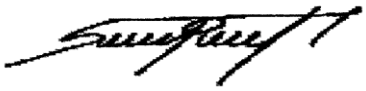
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GIOVANNI ROMERO SALINAS

C.C:79.645.799

La suma de $4.613.087 (cuatro millones seiscientos trece mil ochenta y siete pesos M/CTE) por concepto de: prestar servicios como Enfermero **profesional universitario-1**, durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1986-2024**



Giovanni Romero Salinas

C.C. 79.645.799

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0550488437571760