| 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: | KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53031016 | |
| CORREO ELECTRONICO: | kygonzalezs@gmail.com | | | | CELULAR: | 7293778 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC GOBERNANZA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K25 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 14123440472 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1034 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1746 | FECHA | 2024-07-22 14:12:49.000 | NÚMERO DE CRP | 44895 | FECHA | 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-07-01 | | 2024-07-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,998,070 | | | | | | |
| 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: | $23,988,420 |
| VALOR EJECUTADO | $23,988,420 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 77716417 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 |
|---|---|---|
| Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad, oportunidad y veracidad. | SE ASISTE ESTE MES A LAS INSTANCIAS Y ESPACIOS COMUNITARIOS SEGÚN LO PROGRAMADO, LOS CUALES CORRESPONDEN A MESA LOCAL DE ESTUEFACIENTES, CONSEJO RED DEL BUEN TRATO, ASISTENCIA TECNICA CON SECRETARIA DE SALUD, DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, COMITE CIUDADO HABITANTE DE CALLE, UAT, REUNION EQUIPO FUNCIONAL AMPLIADO. | "ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA DE CONSEJO RED DEL BUEN TRATO ACTA Y LISTADO DE DE LA MESA LOCAL DE ESTUPEFACIENTES ACTA Y LISTADO DE CIUDADO HABITANTE DE CALLE ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA DE ASISTENCIA TECNICA CON SECRETARIA DE SALUD ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA UAT ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA REUNION EQUIPO FUNCIONAL AMPLIADO. " |
| Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo ( CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad | NO APLICA PARA ESTE MES | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados. | SE REALIZA ACTIVACIÓN DE RUTA PARA LAS DIFERENTES POLITICAS, SEGÚN NECESIDAD | CORRREO CON ACTIVACIONES DE RUTA |
| Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado | SE CONTINUA CON LA SECRETARIA TECNICA DE LA MESA LOCAL DE ESTUPEFACIENTES, REALIZANDO LA PREPARACIÓN DE LA MISMA, CONVOCATORIA, AGENDA DEL DIA Y COMPROMISOS ALLI GENERADOS, TAMBIEN SE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE SECRETARIA TRCNICA EN EL CONSEJO RED DEL BUEN TRATO, ACTIVIDADES COMO DILIGENCIAMIENTO DE LAS MATRICES GESTION DE POLITICAS, ARTICULACIÓN DE JORNADAS, SEGPLAN DRIVE Y APLICATIVO, SEGUIMIENTO A CANALIZACIONES, PREPARACION DE AUDITORIA. | ACTAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS |
| Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad. | SE ASISTE A LA ASISTENCIA TECNICA PARA LA POLITICAS DE SPA,SALUD MENTA Y CIUDADANO HABITANTE DE CALLE | ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA DE LA REUNIóN |
| Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). | SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE LAS MATRICES GESTION DE POLITICAS, ARTICULACIÓN DE JORNADAS, SEGPLAN DRIVE Y APLICATIVO, SEGUIMIENTO A CANALIZACIONES | ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA DE LA REUNION |
| Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado. | NO APLICA PARA ESTE MES | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad. | SE DILIGENCIA DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS, INFORMES Y PRODUCTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD | " INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA AGENDA ESTRATEGICA, DILIGENCIAMIENTO DE MATRICES EN EL DRIVE" |
| Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. | NO APLICA PARA ESTE MES | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SE REALIZA PREAUDITORIA DE LOS SOPORTES DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES REALIZADAS JUNTO CON LA LIDER DE LA LOCALIDAD | ACTA Y LISTADO DE ASISTECIA DE REVISION |
| El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | PARA EL MES NO SE PRESENTARON REQUERIMIENTOS DESDE NIVEL CENTRAL. | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. | SE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA LA ACTIVACION DEL SIRC | CORREO ENVIADO |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución. | PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS SE DEBE RECONOCER LOS LINEAMIENTOS. | ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA DE TODAS LAS ACCIONES REALIZADAS EN EL MES, DONDE SE EVIDENCIA EL RECONOCIMIENTO DEL LINEAMIENTO |
| Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación | NO APLICA PARA ESTE MES | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE LAS MATRICES Y ACTAS LAS CUALES REPOSAN EN EL ONE-DRIVE DEL CORREO DE LAS POLITICAS | MATRICES DILIGENCIADAS Y SOPORTES EN EL ONE-DRIVE |
| Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. | SOPORTES DE ASISTENCIAS A INSTANCIAS, MATRICES Y ACTIVIDADES SE ACTUALIZA SEMANAL EN EL ONE-DRIVE | MATRICES DILIGENCIADAS Y SOPORTES EN EL ONE-DRIVE |
| Verificar y garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas.. | SE HACE USO SEGÚN NECESIDAD DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS, COMO LISTADOS DE ASISTENCIA Y TAPABOCAS | PLANILLA CON FIRMA DEL SOPORTE DE BUEN USO |

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 | 53031016 | KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO | calle 22h # 107 - 78 | 6017293778 | kygonzalezs@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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 20/06/2024 | 77716417 | $526.900 | |

## 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 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 200.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 255.900 | 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 | 39.000 | | | | 39.000 | 0 | 0 | 39.000 | | | 390 | 39.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.000 | 0 | 0 | 32.000 | 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 | 200.000 | 200.000 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 255.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.000 |
| CCF | 1 | 32.000 | 32.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 526.900 | 526.900 |

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 | 53031016 | KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO | | calle 22h # 107 - 78 | 6017293778 | kygonzalezs@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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 20/06/2024 | 77716417 | $526.900 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 53031016 | GONZALEZ SARMIENTO KAREEN YOHANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.599.228 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.599.228 | 200.000 | 14-11 | 1.599.228 | 3 | 39.000 | CCF24 | 1.599.228 | 32.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 07/2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO

CC 53031016 DE BOGOTÁ

La suma de $3.998.070 TRES MLLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS por concepto de servicios PROFESIONAL UNIVERSITARIA 2 PSICOLOGA durante el periodo del 1 julio al 31 de julio de 2024 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1034-2024



KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO

CC 53031016 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 141-234404-72