

					Versión		3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018		
					Código:		04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				FLOR MARIA MURILLO MURILLO					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1030625292
CORREO ELECTRONICO:				maricellajea@gmail.com			CELULAR:		3223289710
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K27-1	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			316150341				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		1517				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP		1917	FECHA	2024-08-30 14:45:43.000	NÚMERO DE CRP		54026	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:		GESTOR COMUNITARIO							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-08-01			2024-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,537,696					
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:						\$10,763,872			
VALOR EJECUTADO						\$10,763,872			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,537,696			
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	
8810564654	\$908,526	\$113,566		\$145,364		3	\$22,132	\$281,062	
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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Este mes no se realiza reporte	Este mes no se realiza reporte	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud publica
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Entrega de soporte con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
Familias de seguimiento 38 Seguimientos Presenciales 38 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 2 mesiones de medicina Ancestral 4	Familias de seguimiento 45 Seguimientos Presenciales 45 Caracterizaciones 0 sesiones Colectivas 3 mesiones de medicina Ancestral 4	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado
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)	Asumir el 100% de la Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soporte 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).	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo sesiones Colectivas Sesiones de medicina ancestral Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado

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 No 8/ 2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR MARIA MURILLO MURILLO

C.C 1030625292

La suma de: \$ 1.537.696 (millón quinientos treinta y siete mil seiscientos noventa y seis mcte) por concepto de: Prestar servicios Gestora Comunitaria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E) durante el periodo de 1 al 31 de Agosto 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1517-2024.



FLOR MARIA MURILLO MURILLO

C.C 1030625292

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 316150341



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FLOR MARIA MURILLO MURILLO** identificado con **CC No. 1030625292**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - NI. 900959048	Fecha de inicio de cobertura: 05/12/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 30/11/2023 Fecha fin de Contrato: 31/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019433277.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FLOR MARIA MURILLO MURILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.625.292**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICA

Que la señora FLOR MARIA MURILLO MURILLO, con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 1030625292 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa FLOR MARIA MURILLO MURILLO, NIT/CC 1030625292 en calidad de INDEPENDIENTE, desde el 4 de diciembre de 2023.

Se expide el día 16 de septiembre de 2024a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES



Información de la Planilla Pagada					
Nit de comercio Operador de Información		900097333-9			
Razón Social del Operador de Información		SIMPLE S.A.			
Descripción		Pago de SuAporte			
Fecha		2024-08-13, 08:07:36 PM en horario extendido			
Periodo de Cotización Otros Riesgos		julio de 2024			
Periodo de Cotización Para Salud		julio de 2024			
Empresa		FLOR MARIA MURILLO MURILLO			
CEDULA CIUDADANIA		CC 1030625292			
Código Sucursal (Nombre)		()			
Referencia de Pago/ Número Planilla		8810564654 / 1065220993			
Tipo de Planilla		I			
Número Transacción Bancaria/ CUS					
Banco		(1052) - BANCO AV VILLAS			
Valor		\$ 402.200			
Estado de la Transacción		Aprobada			
Dirección IP de Origen		10.0.19.58			
Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 208.000	\$ 0
N900298372	EPSC34	RECAUDO FOSYGA CAPITAL SALUD	1	\$ 162.500	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 31.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 402.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 402.200