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:	Milena Paola Garcia Soba						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033712216	
CORREO ELECTRONICO:	pspaolaga387@gmail.com				CELULAR:	7609777	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-2	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO FALABELLA S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111200376378				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1696			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1665	FECHA	2024-07-10 15:54:04.000	NÚMERO DE CRP	39941	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
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:	$19,990,350
VALOR EJECUTADO	$19,990,350
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
77326450	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Realizar el cierre de la actividad 5 de la estrategia "MI MASCOTA VERDE Y YO", además del abordaje de las temáticas concertadas en el plan de cuidado institucional en los 40 Hogares Comunitarios de Bienestar priorizados para el equipo HCB 1 ubicados en la localidad de Kennedy	Formato de Mascota Verde, Plan de Cuidado Institucional, Formato Sesiones Colectivas, Formato de acta, Diligenciamiento de las bases de datos por medio de Drive.
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-ESE.	Se da cumplimiento a las acciones concertadas en el plan de cuidado institucional, se verifica el crecimiento, estado y mantenimiento final de la mascota verde en los 40 Hogares comunitarios de Bienestar priorizados para el equipo, al cual se le esta realizando la intervención de cierre en donde por medio del seguimiento se va fortaleciendo a los menores en las prácticas de cuidado del medio ambiente, el cuidado mutuo y del otro.	Formato de Mascota Verde, Plan de Cuidado Institucional, Formato Sesiones Colectivas, Formato de acta, Diligenciamiento de las bases de datos por medio de Drive.
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB garantizando la gestion del riesgo y verificando el acceso y oportunidad a los servicios de salud de acuerdo a la resolución 3280	Plan de Cuidado Cualitativo, Diligenciamiento de Drive de Seguimiento a Canalizaciones
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB garantizando la gestion del riesgo y verificando el acceso y oportunidad a los servicios de salud de acuerdo a la resolución 3280	Plan de Cuidado Cualitativo, Diligenciamiento de Drive de Seguimiento a Canalizaciones
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	• Participacion en las jornadas de promoción y salud planteadas y definidas por secretaria de salud. • Relizar eguimiento a las activacions de ruta que se realizan por el equipo de acuero a las necesidades identificadas en los usuarios, al interior de las implementaciones que se realizan en los 40 HCB	• Listado de Asistencia • La Retroalimentación de los seguimientos se refleja en el plan de cuidado institucional por medio de la gestión del riesgo en salud
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Reforzar en las líderes de las asociaciones y madres comunitarias: Asociación de padres los sector Argelia, Asociación de padres Kennedy central II, Asociación de padres sector carvajal y Asociación de padres Estados Unidos de los Hogares Comunitarios de Bienestar los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores	Formato de Mascota Verde, Plan de Cuidado Institucional, Formato Sesiones Colectivas, Formato de Acta, Diligenciamiento de las bases de datos por medio de Drive.
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	Participacion en las jornadas de promoción de salud planteadas y definidas por secretaria de salud	• Listado de Asistencia • La Retroalimentación de los seguimientos se refleja en el plan de cuidado institucional por medio de la gestión del riesgo en salud
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	• Se realiza entrega digital y física de los soportes el día de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de junio de 2024	• Acta de Soporte de acuerdo a la notificación emitida por la profesional de apoyo
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	• Se realiza entrega digital y física los días Martes y Viernes de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de junio de 2024 • Se realiza precriticas con la profesional de apoyo en donde se verifica la calidad, vercidad y completitud de los datos consignados en los formatos empleados durante las actividades	• Formato de Caracterización • Sesiones Colectivas • Plan de cuidado Institucional Cuantitativo y Cualitativo • Formato de Mascota Verde

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública.	• Participacion en las jornadas de promoción y salud planteadas y definidas por secretaria de salud. • Relizar eguimiento a las activacions de ruta que se realizan por el equipo de acuero a las necesidades identificadas en los usuarios, al interior de las implementaciones que se realizan en los 40 HCB	• Listado de Asistencia • La Retroalimentación de los seguimientos se refleja en el plan de cuidado institucional por medio de la gestión del riesgo en salud

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	1033712216	MILENA PAOLA GARCIA SOBA	CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE	7609777	pspaolaga387@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	
2024-05	2024-05	I	20/06/2024	77326450	$532.500	

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	13	2.100	0	202.100	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	13	2.700	0	258.600	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	13	400	39.400			390	39.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	13	400	32.400	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	202.100
Pensión	1	255.900	258.600
Riesgos Laborales	1	39.000	39.400
CCF	1	32.000	32.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	532.500

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	1033712216	MILENA PAOLA GARCIA SOBA		CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE	7609777	pspaolaga387@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	
2024-05	2024-05	I	20/06/2024	77326450	$532.500	

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	1033712216	GARCIA SOBA MILENA PAOLA	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 No 6/2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3.998.070 Tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta pesos M/CTE, por concepto de: Profesional en Psicología -Profesional universitario 2, durante el periodo del 01 de junio al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1696-2024.



MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA

NÚMERO 111200376378

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		
☐	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >