| 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: | CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 32863406 | |
| CORREO ELECTRONICO: | claudialilianavides@gmail.com | | | | CELULAR: | 3013803208 | |
| 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 DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570106013 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1687 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 316 | FECHA | 2024-01-17 17:53:28.000 | NÚMERO DE CRP | 14056 | FECHA | 2024-02-01 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN NUTRICION | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-02-01 | | 2024-02-05 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $266,538 | | | | |
| 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: | $1,999,035 |
| VALOR EJECUTADO | $266,538 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $266,538 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,732,497 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 13% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9462898773 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

Dado en Bogotá a los cinco(5) días del mes de Febrero 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. | Caracterizaciones y seguimientos a casos de cohorte de desnutricion y gestantes | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(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 | Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años y gestantes | Formato de activacion de ruta |
| Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS | Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica.Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competenciao informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | Notificaciones de eventos de interes en salud pública realizadas por el profesional | Formato de notificación comunitaria o de interes en salud publica |
| Informar a los individuos,familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestion.Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | Familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participacion social. | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la E.S.E como de la firma auditora o SDS. | Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes. | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(drive). |
| 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). | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS. | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(drive). |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública programadas por la subred sur occidente E.S.E.Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles,no trasmisibles y acciones de interes en salud publica.Asistir a las asistenciastecnicas convocadas por la Sub red sur occidente E.S.E como de la S.D.S | Participación en las reuniones programadas por la profesional de apoyo, asistencias técnicas SDS | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación |

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 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: | CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 32863406 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | claudialilianavides@gmail.com | | | | CELULAR: | 3013803208 | | | |
| 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 | 570106013 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4509 | | | VIGENCIA | | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1132 | FECHA | 2024-04-25 16:55:37.000 | NÚMERO DE CRP | 27766 | FECHA | 2024-04-30 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN NUTRICION | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2024-02-16 | | 2024-02-29 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,835,882 | | | | | |
| 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: | $4,766,857 |
| VALOR EJECUTADO | $3,835,882 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,835,882 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $930,975 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 80% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9462898773 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero 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 |
|---|---|---|

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.

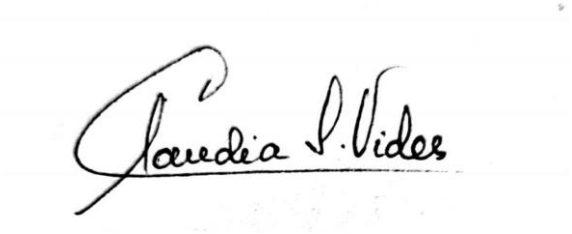
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02 2024
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS
CC 32.863.406 De Soledad-Atlántico

La suma de 266.538 Doscientos sesenta y seis mil quinientos treinta y ocho pesos, MTC. Por concepto de servicios profesionales como Nutricionista Dietista Profesional Universitario, durante el periodo de 01/02/2024 al 05/02/2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1687/2024.

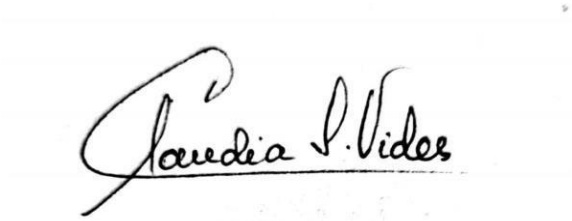


CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS
CC 32.863.406 De Soledad-Atlántico
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 000570106013

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02 2024
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS
CC 32.863.406 De Soledad-Atlántico

La suma de $3.835.882 Tres millones ochocientos treinta y cinco mil, ochocientos ochenta y dos pesos, MTC. Por concepto de servicios profesionales como Nutricionista Dietista Profesional Universitario, durante el periodo de 16/02/2024 al 29/02/2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4509/2024.



CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS
CC 32.863.406 De Soledad-Atlántico
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 000570106013

| 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: | CLAUDIA LILIANA VIDES CASTELLANOS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 32863406 | |
| CORREO ELECTRONICO: | claudialilianavides@gmail.com | | | | CELULAR: | 3013803208 | |
| 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 DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570106013 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1687 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 316 | FECHA | 2024-01-17 17:53:28.000 | NÚMERO DE CRP | 14056 | FECHA | 2024-02-01 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN NUTRICION | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-02-01 | | 2024-02-05 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $266,538 | | | | |
| 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: | $1,999,035 |
| VALOR EJECUTADO | $266,538 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $266,538 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,732,497 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 13% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9462898773 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

Dado en Bogotá a los cinco(5) días del mes de Febrero 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. | Caracterizaciones y seguimientos a casos de cohorte de desnutricion y gestantes | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(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 | Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años y gestantes | Formato de activacion de ruta |
| Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS | Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica.Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competenciao informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | Notificaciones de eventos de interes en salud pública realizadas por el profesional | Formato de notificación comunitaria o de interes en salud publica |
| Informar a los individuos,familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestion.Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | Familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participacion social. | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la E.S.E como de la firma auditora o SDS. | Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes. | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(drive). |
| 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). | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS. | Formato de contacto inicial,caracterizacion social y ambiental, tamizaje apgar,ficha cuidado para la salud o implementaciòn,actas de reunion y demas actividades,listados de asistencia,formato de cronograma,evoluciòn de casos en bases(drive). |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública programadas por la subred sur occidente E.S.E.Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles,no trasmisibles y acciones de interes en salud publica.Asistir a las asistenciastecnicas convocadas por la Sub red sur occidente E.S.E como de la S.D.S | Participación en las reuniones programadas por la profesional de apoyo, asistencias técnicas SDS | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación |

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32863406 | | VIDES CASTELLANOS CLAUDIA LILIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 104 BISA 19 64 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-01 | 2024-01 | 451781706 | 9462898773 | I | 2024/02/02 | 2024/02/13 | NEQUI | 11 | $499,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,599,228** | **$255,900** | | | **$1,599,228** | **$200,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,599,228** | | **$39,000** | | **$0** | **$0** | | **$494,900** |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,599,228** | **$255,900** | | | **$1,599,228** | **$200,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,599,228** | | **$39,000** | | **$0** | **$0** | | **$494,900** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,599,228** | **$255,900** | | | **$1,599,228** | **$200,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,599,228** | | **$39,000** | | **$0** | **$0** | | **$494,900** |
| 1 | CC | 32863406 VIDES CLAUDIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,599,228 | $255,900 | EPS010 | 30 | $1,599,228 | $200,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,599,228 | 2.436% | $39,000 | 0 | $0 | $0 | No | $494,900 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,599,228** | **$255,900** | | | **$1,599,228** | **$200,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,599,228** | | **$39,000** | | **$0** | **$0** | | **$494,900** |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32863406 | | VIDES CASTELLANOS CLAUDIA LILIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 104 BISA 19 64 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-01 | 2024-01 | 451781706 | 9462898773 | I | 2024/02/02 | 2024/02/13 | NEQUI | 11 | $499,900 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $255,900 | $2,600 | $0 | $258,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $255,900 | $2,600 | $0 | $258,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,000 | $400 | $0 | $39,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $39,000 | $400 | $0 | $39,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,000 | $2,000 | $0 | $202,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $200,000 | $2,000 | $0 | $202,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$494,900** | **$5,000** | **$0** | **$499,900** |