Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019046345		PEREZ BECERRA MAGDA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 129f #104 36 casa 1 piso	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4762560	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	917410641	9471843472	I	2024/09/11	2024/09/16	NEQUI	5	$429,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1019046345 PEREZ MAGDA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$1,300,000**	**$26,000**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019046345		PEREZ BECERRA MAGDA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 129f #104 36 casa 1 piso	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4762560	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	917410641	9471843472	I	2024/09/11	2024/09/16	NEQUI	5	$429,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				**1**	**$428,200**	**$1,700**	**$0**	**$429,900**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAGDA JULIETH PEREZ BECERRA

CC 1019046345 de Bogotá

La suma de $2.585.577 Dos millones quinientos ochenta y cinco mil quinientos setenta y siete pesos M/C, por concepto de servicios como auxiliar de enfermería en el área de salud pública Entorno Educativo - Convenio Interadministrativo 6598244 de 2024 durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6170-2024.



MAGDA JULIETH PEREZ BECERRA

CC 1019046345 de Bogotá

BANCO AV VILLAS CUENTA DE AHORROS

NUMERO 658839464

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:	Magda Julieth Perez Becerra						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019046345	
CORREO ELECTRONICO:	juliethsami23@hotmail.com				CELULAR:	4762560	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONVENIO SDE SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09V07-10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS S A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	658839464				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6170			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1918	FECHA	2024-08-30 14:48:29.000	NÚMERO DE CRP	57195	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,585,577				
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:	$5,850,641
VALOR EJECUTADO	$3,275,064
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,585,577
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,575,577
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	56%

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
9471843472	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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
1.Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento.	Identificar los casos sospechosos de brotes epidemiológicos presentados en la IDE, hacer la activación ruta de atención.	Para este mes no se presentó casos en la IED.
2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred	Se realizó revisión de ruta de atención institucional para reconocer sus características y desarrollo del mismo. Se realiza notificación por medio del correo epidemiológico.	Notificación de correo institucional de la IED. Para este mes no se activó protocolo.
3. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se realiza carteleras informativas, piezas comunicativas y charlas educativas avaladas por el rector (a) de la IED para socialización a los estudiantes y familias.	Registro fotográfico, carteleras y piezas comunicativas y charlas educativas.
4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	Se realizan chulas pedagógicas y actividades donde se refuerza la convivencia apoyando at equipo de la OCE	Para este mes no se realizó apoyo con chalas educativas sobre riñas que pueden ocasionar accidentes.
5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategiasacciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignadas, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se realizan carreteras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes. docentes y personal administrativo.	Registro fotográfico carteleras y piezas comunicativas y charlas educativas.
6. Apoyo las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Se apoya cuando realizan campañas de la SDS en la IED cuando se requiera.	Para este mes no se presenciaron campañas.
7. Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades y convivencia escolar, cuando sean convocados.	Se participa de las capacitaciones organizadas y lideradas por la coordinación del convenio, y SDS.	Actas y registro de asistencia.
8. Apoyar a los comités de riesgo escolar, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados.	Reunión con las personas del comité con el fin de hacer la debida revisión de los plan escolares de emergencia actual del colegio apoyar y aportar mejoras o cambios que sirvan para mejora la IED.	Acta
9. Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a to establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	Se realiza apoyo, activación de ruta e informe.	Formato de cada IED y registro en bitácora Diaria.
10. Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.	Se realiza informe detallado en la bitácora.	Bitácora y asistencia.
11 .Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se utiliza a diario herramienta pedagógica y link de aula virtual de la SED.	Reporte diario en el drive link de aula Virtual de la SED.
12. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	Se realiza informe mensual junto con tas evidencias solicitadas	Informe mensual y evidencias.
13. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en las fecha y hora indicadas por la subred.	Se asistir a reuniones convocadas por la SUBRED.	Acta y reporte de asistencia.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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 Controlada Subred Suroccidente