| 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: | July Alejandra Gomez Ruiz | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023864290 | |
| CORREO ELECTRONICO: | julyalejandra08@hotmail.com | | | | CELULAR: | 4343305 | |
| 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 CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24095562355 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1909 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2161 | FECHA | 2024-10-03 12:31:24.000 | NÚMERO DE CRP | 61252 | FECHA | 2024-10-07 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN NUTRICION | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-09-01 | | 2024-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,613,087 | | | | |
| 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: | $36,904,696 |
| VALOR EJECUTADO | $36,904,696 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,613,087 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9470895068 | $1,845,235 | $230,654 | $295,238 | 3 | $44,950 | $570,842 |

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

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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. Acta de revisión y apropiación de conocimientos sobre los documentos descritos en el presente lineamiento, durante los primeros 30 calendario días de la vigencia. | no aplica para este mes | no aplica para este mes |
| Acta de revisión del último informe cuantitativo y cualitativo de la subred, para establecer estrategias a proponer a las IPS que tienen dificultades para el cumplimiento de variables de la autoapreciación, durante los primeros 30 días calendario de la vigencia. | no aplica para este mes | no aplica para este mes |
| Matriz de cronograma en línea diligenciado y actualizado. | se diligencia el cronograma en los tiempos establecidos y se actualiza con periodicidad | drive de SDS |
| Actas de mínimo 5 reuniones o actividades de autogestión mensuales relacionadas con la implementación de la estrategia, por ejemplo, con la gestora de lactancia materna u otros actores de la subred (RPMS, RPM, alteraciones nutricionales, equipos de GPAISP, dirección de gestión del riesgo, entre otros); articulación de las acciones relacionadas con el plan de capacitación de la estrategia IAMII, entrega y consolidación de soportes de los mismos | se participa de la realiza reunión con la profesional de SAN cohortes, se participa del comite CLSAN de fontibon y kennedy, se realiza una reunión de articulación con la gestora de lactancia materna y la lider IAMII | actas de las 5 reuniones o articulaciones |
| Acta de reunión mensual con mínimo el perfil de gestora de lactancia y alimentación infantil que evidencie la consolidación de avances en la implementación de la estrategia IAMII. | se realiza la articulación con la gestora en lactancia materna | acta de reunión |
| Soportes de ejecución de 20 asistencias técnicas mensuales o jornadas de fortalecimiento de capacidades o jornadas de observación de servicios/procesos en IPS IAMII con las características de calidad descritas en el presente lineamiento | se realizan las 20 intervenciones en las IPS priorizadas y de mantenimiento de la estrategia IAMII | 20 actas de asistencias técnicas, jornadas de fortalecimiento y jornadas de observación |
| Soporte de participación en la mesa técnica de seguridad alimentaria de la subred o la que haga sus veces, según convocatoria. | se participa de la reunión convocada el 26 de septiembre | acta de la mesa ppsan |
| Soporte de participación mensual en Comité IAMII, o grupos funcionales IAMII o el que haga sus veces de la subred. | el comite IAMII es bimensual por lo que se participa del comite en IPS | acta de reunión de comite |
| Soporte de asistencia y participación en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud, así como respuesta oportuna a las solicitudes de información realizadas desde nivel central (para este ítem teniendo en cuenta que cada subred cuenta con una cuenta para la gestión de la estrategia deben verificarse las solicitudes realizadas desde mpfajardo@saludcapital.gov.co, | se participa de las jornadas convocadas por secretaria de salud | actas y listados de asistencia |
| Soporte de envío mensual máximo el quinto (5) día hábil del mes a quien corresponda según lo establecido en el lineamiento, las actas de asistencia técnica, de jornadas de fortalecimiento de capacidades, y jornadas de observación por IPS, Formato “SEMAF_ESTRATE_IAMII_2023” por IPS, “Informe_Mensual_IAMII_SAFL”, e “Inicio_temprano_lactancia_IAMII”, para que la subred encargada de la consolidación, envíe máximo el octavo día hábil del mes a mpfajardo@saludcapital.gov.co el informe distrital en los tiempos establecidos. | se realiza el envío del informe de agosto en las fechas establecidas, por correo electrónico | envío por correo electrónico del informe en los tiempos establecidos |
| Soportes de IPS fallidas en los que se documente a través de correo electrónico o acta de reunión con representante directivo de la IPS en la que se indique explícitamente su deseo de no continuar con el proceso; así como aval para su reemplazo desde nivel central. | no aplica este mes | no aplica este mes |
| Soportes de reporte mensual de actividades para la meta distrital en cuanto a las acciones de la estrategia IAMII | no aplica este mes | no aplica este mes |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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

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 1023864290 | | GOMEZ RUIZ JULY ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 82A # 82 - 68 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7388629 | 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 | 834146900 | 9470895068 | I | 2024/09/20 | 2024/08/09 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $582,100 |

**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)** | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $1,845,235 | $11,100 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $1,845,235 | $11,100 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $1,845,235 | $11,100 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1023864290 | GOMEZ JULY | 25-14 | 30 | $1,845,235 | $295,300 | EPS017 | 30 | $1,845,235 | $230,700 | CCF24 | 30 | $1,845,235 | $11,100 | 14-11 | 30 | $1,845,235 | $45,000 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $1,845,235 | $11,100 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $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 1023864290 | | GOMEZ RUIZ JULY ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 82A # 82 - 68 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7388629 | 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 | 834146900 | 9470895068 | I | 2024/09/20 | 2024/08/09 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $582,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $11,100 | $0 | $0 | $11,100 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $11,100 | $0 | $0 | $11,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $582,100 | $0 | $0 | $582,100 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

JULY ALEJANDRA GOMEZ RUIZ
CC 1023864290 DE BOGOTA

La suma de Cuatro Millones Seiscientos Trece mil Ochenta Y Siete Pesos ($4613087), por concepto de servicios como profesional universitario 1 nutricionista en el Componente GPAISP, durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1909/2024.

July Alejandra Gómez Ruiz

JULY ALEJANDRA GOMEZ RUIZ
CC 1023864290 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24095562355

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes septiembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

CHRISTIAN ACERO AMAYA.

_____

**CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA**
**Apoyo a la supervisión**
**Componente GPAISP**