| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| **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: | Leidy Marisol Buitrago Herrera | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012366190 | |
| CORREO ELECTRONICO: | leidybuitrago7@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143669030 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OTROS ENFERMERIA PORVENIR | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA34N04 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24123291154 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4660 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2397 | FECHA | 2024-11-13 08:10:37.000 | NÚMERO DE CRP | 68881 | FECHA | 2024-11-13 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-10-01 | | 2024-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,746,912 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $16,402,188 |
| VALOR EJECUTADO | $16,402,188 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,746,912 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9475118855 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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. Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas. | brindar un servicio de salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento deacuerdo a la ruta de py d que pertenesca | seguimiento y registro en el aplicativo pai distrital y pai web de vacunas aplicadas |
| 2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida. | se recibe cada paciente atendido por los diferentes profesionales con el fin de orientacion e indicaciones respectivas de acuerdo a cada programa. Y SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DEPENDIENDO DE CADA CICLO VITAL | se brinda informacion al usuario sobre reacciones adversas posteriores a la vacuna se registra patologías al registro diario de Vacunacion. de vacunacion SE RALIZA LA DEMANDA INDUCIDA DE UN TRASADOR LIAM SAMUEL VANEGAS RC 1030715416 Y CITOLOGIA DE ELSA MARTINEZ CC 51659497 |
| 3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida practica. | se realiza la notificacion debido a cada proceso segun lo captado por parte del profesional y su reporte semanal | registro en plataforma de sivigila y corrreo indicado. |
| 4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo. | se hace participacion de la reunion mensual de COVE local de sivigila segun programacion | registro en lista de asistencia y acta |
| 5. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este. | participo en la elaboracion y diligenciamiento de manera clara completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad | registro en actas y en aplicativo diario de Vacunacion |
| 6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales. | garantizar una atencion oportuna al usuario teniendo en cuenta los protocolos a seguir y normas de bioseguridad | registro de consentimientos informados, Vacunacion regular, vacunación covid y vacunacion vph |
| 7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papeleria e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta. | se deja en cada consultorio papeleria suficiente segun plan de contingencia en caso de no tener sistema para elaboracion de historias clínicas manuales | se deja formato para la entrega de papeleria para plan de contingencia |
| 8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos. | mantener los productos para su respectiva limpieza y desinfeccion, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso a diario. | registro en formato de limpieza y desinfeccion |
| 9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E | participo en las reniones de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo | actas, reuniones, firmada en cada actividad |
| 10. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred. | protocolo de privacidad de historia clinica, privacidad ante la informacion dada por medio del supervisor o referente a cargo | registro por medio de actas en reuniones |
| 11 Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos. | realizar registro en libros de ´programa y en aplicativo PAI DISTRITAL para dejar constancia de seguimiento realizado ya sea telefonico o presencial | registro en historia aplicativo pai distrital |
| 12. Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia. | brindar un srvicio en salud con trato humanizado donde el usuario encuentre el apoyo oportuno durante la prestación del servicio | registro en historia clinica en el formato diario de aplicación de biológicos (SIS) |
| 13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.SE | participo en os procesos de habilitacion y acreditacion que se presenten en la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E | asistencia a capacitaciones de acreditación, realizo los cursos virtuales según indicación del líder |
| 14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras. | estar presto ala necesidad de la unidad en el momento que se requiera apoyo de acuerdo al perfil contratado | registro en historia clínica el aplicativo diarios sis, aplicativo pai distrital y sucesos de seguridad en almera |
| 15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado. | participo en la actializacion de procesos y procedimmientos inherentes a mi cargo | actas, reuniones, firmada en cada actividad |
| 16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 783 de 2002. | realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo | registro en aplicativo suresoc |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | registro en aplicativo suresoc | registro subidas de vacuna aplicadas a pai distrital y a pai web. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 A FACTURA**

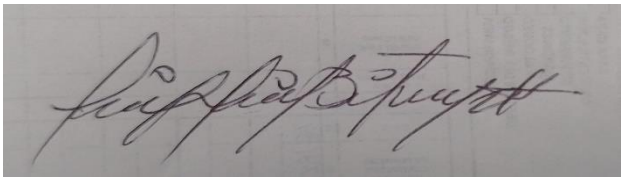
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**
**LEIDY MARISOL BUITRAGO HERRERA**

**C.C 1012366190 DE BOGOTA**

La suma de MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS $ 1746912 por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el centro de salud PORVENIR de la Subred Integrada de Servicios deSalud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4660-2024.



**LEIDY MARISOL BUITRAGO HERRERA**

**C.C 1012366190 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24123291154**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

**M11086886**

Pago realizado

Pago en

Aportes En Linea

¿Cuánto?

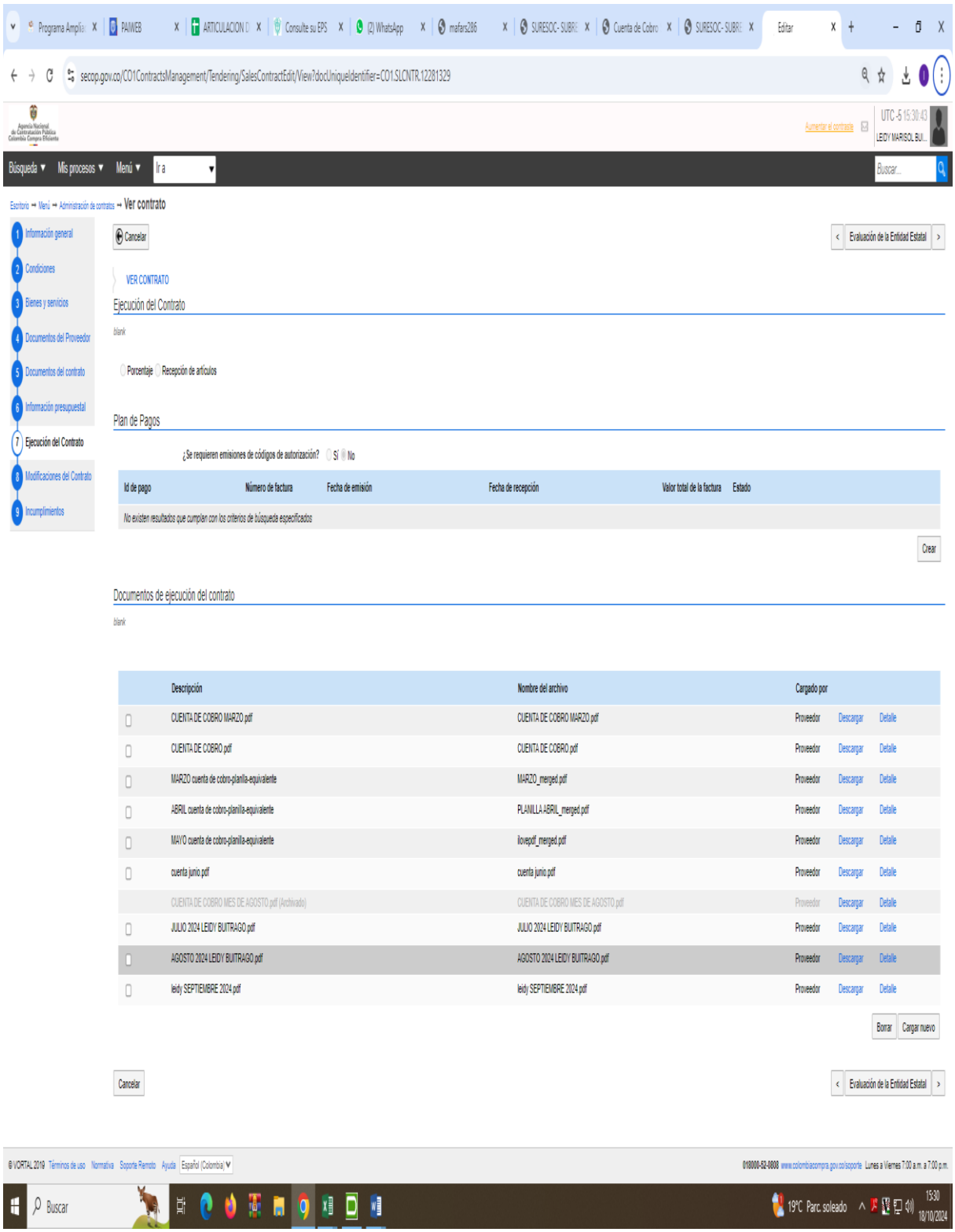
$ 402.200,00

Fecha

08 de octubre de 2024 a las 07:56 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia


Programa Amplia
PAIWEB
ARTICULACION D
Consulte su EPS
(2) WhatsApp
mafars286
SURESOC - SUBRE
Cuenta de Cobro
SURESOC - SUBRE
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12281329
Aumentar el contraste
UTC -5 15:30:43
LEIDY MARISOL BU...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
blank
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
blank
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO.pdf
CUENTA DE COBRO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
MARZO cuenta de cobro-planilla-equivalente
MARZO_merged.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ABRIL cuenta de cobro-planilla-equivalente
PLANILLA ABRIL_merged.pdf
Proveedor Descargar Detalle
MAYO cuenta de cobro-planilla-equivalente
ilovepdf_merged.pdf
Proveedor Descargar Detalle
cuenta junio.pdf
cuenta junio.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
JULIO 2024 LEIDY BUITRAGO.pdf
JULIO 2024 LEIDY BUITRAGO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
AGOSTO 2024 LEIDY BUITRAGO.pdf
AGOSTO 2024 LEIDY BUITRAGO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
leidy SEPTIEMBRE 2024.pdf
leidy SEPTIEMBRE 2024.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Buscar
19°C Parc. soleado
15:30
18/10/2024

| 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: | Leidy Marisol Buitrago Herrera | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012366190 | |
| CORREO ELECTRONICO: | leidybuitrago7@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143669030 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS EL PORVENIR | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA34A38 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24123291154 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4660 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1922 | FECHA | 2024-08-30 15:03:55.000 | NÚMERO DE CRP | 56421 | 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: | | | $1,746,912 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | 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: | $14,615,830 |
| VALOR EJECUTADO | $12,829,472 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,746,912 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,786,358 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9472443290 | $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.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Copia certificada Subred Suroccidente

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

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. Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas. | brindar un servicio de salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento deacuerdo a la ruta de py d que pertenesca | seguimiento y registro en el aplicativo pai distrital y pai web de vacunas aplicadas |
| 2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida. | se recibe cada paciente atendido por los diferentes profesionales con el fin de orientacion e indicaciones respectivas de acuerdo a cada programa. | se brinda informacion al usuario sobre reacciones adversas posteriores a la vacuna se registra patologías al registro diario de Vacunacion. de vacunacion |
| 3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida practica. | se realiza la notificacion debido a cada proceso segun lo captado por parte del profesional y su reporte semanal | registro en plataforma de sivigila y corrreo indicado. |
| 4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo. | se hace participacion de la reunion mensual de COVE local de sivigila segun programacion | registro en lista de asistencia y acta |
| 5. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este. | participo en la elaboracion y diligenciamiento de manera clara completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad | registro en actas y en aplicativo diario de Vacunacion |
| 6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales. | garantizar una atencion oportuna al usuario teniendo en cuenta los protocolos a seguir y normas de bioseguridad | registro de consentimientos informados, Vacunacion regular, vacunación covid y vacunacion vph |
| 7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papeleria e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta. | se deja en cada consultorio papeleria suficiente segun plan de contingencia en caso de no tener sistema para elaboracion de historias clínicas manuales | se deja formato para la entrega de papeleria para plan de contingencia |
| 8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos. | mantener los productos para su respectiva limpieza y desinfeccion, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso a diario. | registro en formato de limpieza y desinfeccion |
| 9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E | participo en las reniones de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo | actas, reuniones, firmada en cada actividad |
| 10. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred. | protocolo de privacidad de historia clinica, privacidad ante la informacion dada por medio del supervisor o referente a cargo | registro por medio de actas en reuniones |
| 11 Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos. | realizar registro en libros de ´programa y en aplicativo PAI DISTRITAL para dejar constancia de seguimiento realizado ya sea telefonico o presencial | registro en historia aplicativo pai distrital |
| 12. Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia. | brindar un srvicio en salud con trato humanizado donde el usuario encuentre el apoyo oportuno durante la prestación del servicio | registro en historia clinica en el formato diario de aplicación de biológicos (SIS) |
| 13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.SE | participo en os procesos de habilitacion y acreditacion que se presenten en la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E | asistencia a capacitaciones de acreditación, realizo los cursos virtuales según indicación del líder |
| 14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras. | estar presto ala necesidad de la unidad en el momento que se requiera apoyo de acuerdo al perfil contratado | registro en historia clínica el aplicativo diarios sis, aplicativo pai distrital y sucesos de seguridad en almera |
| 15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado. | participo en la actializacion de procesos y procedimmientos inherentes a mi cargo | actas, reuniones, firmada en cada actividad |
| 16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 783 de 2002. | realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo | registro en aplicativo suresoc |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | registro en aplicativo suresoc | registro subidas de vacuna aplicadas a pai distrital y a pai web. |

Copia Certificado Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

# 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 1012366190 | | BUITRAGO HERRERA LEIDY MARISOL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 22 C # 45 C 24 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 7233220 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 969295200 | 9475118855 | I | 2024/10/22 | 2024/10/09 | NEQUI | 0 | $402,200 |

**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 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1012366190 BUITRAGO LEIDY | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS017 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $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 1012366190 | | BUITRAGO HERRERA LEIDY MARISOL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 22 C # 45 C 24 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 7233220 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 969295200 | 9475118855 | I | 2024/10/22 | 2024/10/09 | NEQUI | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |