| 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: | YANETH NOVOA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52436996 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yanethnm@gmail.com | | | | CELULAR: | 3174885712 | |
| 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: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 66006759 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2044 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2161 | FECHA | 2024-10-03 12:31:24.000 | NÚMERO DE CRP | 61361 | FECHA | 2024-10-07 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN FONOAUDIOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-01 | | 2024-10-15 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,306,543 | | | | |
| 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: | $39,211,239 |
| VALOR EJECUTADO | $39,211,239 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,306,543 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7942490741 | $1,845,235 | $230,654 | $295,238 | 3 | $44,950 | $570,842 |

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre 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 Documento inicial de caracterización sociodemográfica, epidemiológica y de atención en salud para las condiciones crónicas no transmisibles | Se realiza recolección de información sociodemográfica, de indicadores en salud y demás temas relacionados con las CCNT | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 2 Fortalecimiento técnico. - Asistencia a los espacios citados por nivel central. - Durante la primera semana se realizará lectura y apropiación conceptual del lineamiento, así como la organización y operación del equipo durante la vigencia del convenio | Se participa en las reuniones convocadas desde nivel central para el fortalecimiento técnico y seguimiento al avance en la implementación del plan estratégico y operativo | Actas y Listados de Asistencia |
| 3 Informe mensual de avance del plan de acción con la evaluación y seguimiento de indicadores de los eventos de interés en salud pública CCNT (indicadores, canalizaciones, tabaco). | De acuerdo a las actividades planteadas se realiza informe que da cuenta del avance en la implementación del plan estratégico y operativo | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 4 Plan de Acción Mensual | Seguimiento a la implementación del plan estratégico y operativo para CCNT | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 5 Cronograma de actividades mensuales | Planeación y cumplimiento de actividades programadas para el efectivo abordaje del plan estratégico y operativo para CCNT | Formato enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 6 Reportar el avance cuantitativo de las actividades, según las metas 12, 13, 14 y 17 programadas para condiciones crónicas no transmisibles del proyecto de inversión 7828 de forma coherente y veraz en SEGPLAN, de acuerdo con la ejecución de las intervenciones de los productos y actividades, cumpliendo los tiempos designados por el nivel central | Seguimiento y consolidación al proyecto de inversión, teniendo en cuenta las metas establecidas para el componente de CCNT | Formato enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 7 Plan Estratégico | Seguimiento al producto enviado desde nivel central | Formato enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 8 Documento final balance del producto gestión y acción para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas | Construcción y seguimiento al documento de caracterización de CCNT para la subred | Construcción y seguimiento al documento de caracterización de CCNT para la subredn construcción |

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 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: | YANETH NOVOA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52436996 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yanethnm@gmail.com | | | | CELULAR: | 3174885712 | |
| 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: | BBVA COLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 66006759 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7529 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2246 | FECHA | 2024-10-31 17:52:10.000 | NÚMERO DE CRP | 65182 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN FONOAUDIOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-20 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,691,465 | | | | |
| 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: | $1,691,465 |
| VALOR EJECUTADO | $1,691,465 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,691,465 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7942490741 | $1,845,235 | $230,654 | $295,238 | 3 | $44,950 | $570,842 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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. Fortalecimiento técnico. - Asistencia a los espacios citados por nivel central.- Durante la primera semana se realizará lectura y apropiación conceptual del lineamiento, así como la organización y operación del equipo durante la vigencia del convenio. | Se participa en las reuniones convocadas desde nivel central para el fortalecimiento técnico y seguimiento al avance en la implementación del plan estratégico y operativo | Actas y Listados de Asistencia |
| 2. Informe mensual de avance del plan de acción con la evaluación y seguimiento de indicadores de los eventos de interés en salud pública CCNT (indicadores, canalizaciones, tabaco) | De acuerdo a las actividades planteadas se realiza informe que da cuenta del avance en la implementación del plan estratégico y operativo | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 3. Plan de Acción Mensual | De acuerdo a las actividades planteadas se realiza informe que da cuenta del avance en la implementación del plan estratégico y operativo | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 4. Reportar el avance cuantitativo de las actividades, según las programadas para condiciones crónicas no transmisibles del proyecto de inversión 7828 de forma coherente y veraz en SEGPLAN, de acuerdo con la ejecución de las intervenciones de los productos y actividades, cumpliendo los tiempos designados por el nivel central. | Seguimiento y consolidación al proyecto de inversión, teniendo en cuenta las metas establecidas para el componente de CCNT | Formato enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 5. Plan Estratégico y Operativo CCNT | Seguimiento a la implementación del plan estratégico y operativo para CCNT | Documento consolidado, enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 6. Mesa de Crónicos | Planeación y cumplimiento de actividades programadas para el efectivo abordaje del plan estratégico y operativo para CCNT | Formato enviado por correo y subido al drive de nivel central |
| 7. Asistencias técnicas al talento humano de los Entornos Cuidadores, transversalidades y equipos de atención en casa. | Fortalecimiento técnico al talento humano de entornosen temas realcionados con CCNT | Actas y Listados de Asistencia |
| "8. Acompañamiento para fortalecer la implementación del componente promocional del Programa de Crónicos, mediante acciones de promoción de la salud y hábitos saludables del talento humano de las IPS y de sus usuarios" | Fortalecimiento técnico al talento humano de entornosen temas realcionados con CCNT | Actas y Listados de Asistencia |
| 9. Jornadas de Intensificación de CCNT | Alistamiento, plnaeacion y ejecución de acuerdo a la priorizacion por SDS | Actas y Listados 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 certificada Subred Suroccidente

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52436996 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YANETH NOVOA MEDINA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 69 C BIS A SUR NO. 78-26 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7942490741** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 987131380 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 295.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 295.300** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 230.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 230.700** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 11.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 11.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 45.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 45.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 582.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 582.100** |

Planilla Pagada