| 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: | Zulma Alexandra Salazar Giraldo | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1104700909 | |
| CORREO ELECTRONICO: | zulsalgir20@gmail.com | | | | CELULAR: | 3202200503 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K32 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 175660372 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7667 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2246 | FECHA | 2024-10-31 17:52:10.000 | NÚMERO DE CRP | 65316 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-10-23 | | 2024-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,332,690 | | | | | | |
| 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: | $1,332,690 |
| VALOR EJECUTADO | $1,332,690 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,332,690 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4568310849 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

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. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas, criterios de calidad, oportunidad y veracidad | Hacer entrega de los productos de formatos BAI huerfanas y BAi cronicas de acuerdo a la gestion realizada con las UPGDS , realizar viistas de campo a usuarios con Tbc y plasmar el desarrollo de las mismas en los formatos correspondientes para esta actividad | Formato BAi HUERFANAS- FORMATO BAI CRONICOS |
| 2.Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o actividades establecidas según y/o según necesidad | En el mes de octubre no se realizó esta actividad | no aplica |
| 3.Realizar activación de ruta oportuna (Canalizaciones) para dar respuesta a los casos identificados. | En el mes de octubre no se realizó esta actividad | no aplica |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado. | Participar en el seguimiento del pan de accion tanto del subsistema de No transmisibles de forma pertinente | Plan de accion No transmisibles |
| 5.Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad. | Realizar apoyo o asesoria por via telefonica a las diferentes Upgds que lo soliciten con el fin de mejorar el proceso BAI huerfanas y BAi CRONICAS | Mensajes Whatsapp-Actas |
| 6.Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). | Validar los diferentes formatos que se ejecutan durante el ejercicio de la BAI huerfanas y BAI cronicas haciendo enfasis en la calidad del dato , la oportunidad de engtrfega de los foamrtos a SDS y los datos completos de acuerdo a las variables que pide el formato. | Formato BAi HUERFANAS- FORMATO BAI CRONICOS |
| 7.Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado. | En el mes de octubre no se realizó esta actividad | No aplica |
| 8.Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad. | En el mes de octubre no se realizó esta actividad | No aplica |
| 9.Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. | Asistencia a la Mesa Tecnica de SDS y las reuniones que solicite la Referente de BAI Huerfanas -BAI crónica | Listados de asistencia |
| 10.Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | Hacer el alistamiento de los diferentes soportes tanto de BAI Huerfanas -BAI cronicas y los de BAI y validar la calidad , la completitud de todos los soportes | BAI Huerfanas -BAI cronicas |
| 11.El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | Segun requerimiento de la SDS y las diversas upgd | Correos -mensajes whatsapp |
| 13.Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar CONTRATO NUMERO: 2351-2024 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:ZULMA ALEXANDRA SALAZAR GIRALDO - CEDULA No. 1.104.700.909 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($ 1.999.035) VALOR HONORARIOS MES: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($ 3.998.070) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 15 de febrero de 2024 SUPERVISOR : COORDINADORA PIC CONDICIONES CONTRACTUALES las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. | Gestionar los diversos casos enviados por las referentes tanto del programa de huerfanas como de cronicas y hacer envio de los correos a las UPGDS para la gestionde casos., porteriormente realizar la retroalimentacion de acuerdo a los hallazgos, luego llenar las variables en los formatos correwspondientes para la consiolidacion de la informacion. | correos enviados a las UPGD , Formato BAi HUERFANAS- FORMATO BAI CRONICOS |
| 14. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución. | Hacer lectura y apropiacion de lineamientos de la vigencia, fichas tecnicas y formatos correspondientes | Acta de apropiacion de lineamientos ,Formato BAi HUERFANAS- FORMATO BAI CRONICOS |
| 15.Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | De acuerdo a la disponibilidad de los subsistemas No transmisibles y transmisibles | Formato FUID ,Hojas de Control |
| 16. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. | Según requerimiento del referente de VSP | Backup BAI Huerfanas -BAI cronicas |
| 17.Verificar y garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas.. | Planilla de uso de vehículos y listas de entrega de EPP | Planilla de uso de vehículos y listas de entrega de EPP |

Copia Controlada Subred Suroccidente

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
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1104700909 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ZULMA ALEXANDRA SALAZAR GIRALDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA 18 L BIS N 67C-22 SUR | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4568310849** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/26 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990124146 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 255.900 | $ 0 | $ 255.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 255.900** | **$ 0** | **$ 255.900** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 200.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 39.000 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 39.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 39.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 39.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 32.000 | $ 0 | $ 32.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 32.000** | **$ 0** | **$ 32.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1104700909 | SALAZAR GIRALDO ZULMA ALEXANDRA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.599.228 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.599.228 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 255.900 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.599.228 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.599.228 | 110470090 | $ 39.000 | 30 | $ 1.599.228 | CCF24-COMPENSAR | $ 32.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 526.900 |
|---|---|

**DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA**

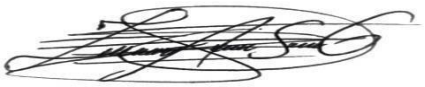
**LA SUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR**

**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

ZULMA ALEXANDRA SALAZAR GIRALDO
CC 1104700909 DE LIBANO (TOLIMA)

La suma de **un millón trescientos treinta y dos mil seiscientos noventa** $ 1332690 por concepto de servicios COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2,PROFESIONAL EN ENFERMERIA en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 23 al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7667-2024



CC 110700909 DE LIBANO (TOLIMA)
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA
NUMERO 0175660372

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **octubre 2024** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

**(NOMBRE)**
**Lider de Proceso**
**Vigilancia en Salud Pública**

**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**
**Referente Vigilancia en Salud Pública**