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:	Milena Paola Garcia Soba						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033712216	
CORREO ELECTRONICO:	psipaolaga387@gmail.com				CELULAR:	7609777	
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:	BANCO FALABELLA S A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111200376378	PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	7607			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2246	FECHA	2024-10-31 17:52:10.000	NÚMERO DE CRP	65258	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2024-10-20		2024-10-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$1,465,959		
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:	$1,465,959
VALOR EJECUTADO	$1,465,959
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,465,959
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
81036619	$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 Surcciente

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
Cumplir a cabalidad con las obligaciones afines al perfil bachiller, técnico, profesional y/o profesional especializado conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	• Sesión 3 (Ambiental - Psicólogo): VÍNCULOS, AFECTO Y VALORES A PARTIR DE “MI MASCOTA VERDE Y YO” Generar apropiación y puesta en marcha de conceptos en torno a los valores y los vínculos afectivos en las madres comunitarias de los HCB:, A través del cuidado de una planta, En este sentido, la planta hace las veces de “metáfora del cuidado y del afecto”,donde el trato de la planta se convierte en un símil, es decir, un reflejo del trato del niño y su entorno. Además del abordaje de las temáticas concertadas en el plan de cuidado institucional en los Hogares Comunitarios de Bienestar priorizados para el equipo HCB 1 ubicados en la localidad de Kennedy	Formato de Mascota Verde • Plan de Cuidado Institucional •Formato Sesiones Colectivas • Diligenciamiento de las bases de datos por medio de Drive
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional.	• se da cumplimiento realizando seguimiento a la siembra en los HCB priorizados para el equipo, al cual se le está realizando la intervención en donde por medio de la planta se va fortaleciendo a los menores en las prácticas de cuidado del medio ambiente, el cuidado mutuo y del otro •Realizar la implementación del plan de cuidado institucional en los HCB abordados por el equipo	• Formato Mi mascota Verde y Yo • Plan de Cuidado Institucional • Formato de Sesiones Colectivas • Acta de concertación de Plan de Cuidado • Diligenciamiento de las bases de datos
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	• Participacion en las jornadas de promoción y salud planteadas y definidas por secretaria de salud. • Relizar eguimiento a las activacions de ruta que se realizan por el equipo de acuero a las necesidades identificadas en los usuarios, al interior de las implementaciones que se realizan en los HCB	• Listado de Asistencia • La Retroalimentación de los seguimientos se refleja en el plan de cuidado institucional por medio de la gestión del riesgo en salud
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud	• Por medio de la mascota verde y las temáticas priorizadas, se realizan actividades pedagógicas, en donde para el mes de septiembre se realiza fortalecimiento en las prácticas de cuidado, involucrando dimensiones del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en los niños y niñas pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar.	• Plan de Cuidado Institucional • Formato mi mascota Verde y Yo
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	• 04/10/2024 Reunión de Equipo	• • Acta • Listado de Asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	• Reforzar en las líderes de las asociaciones y madres comunitarias: de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.	• Plan de Cuidado Institucional • Formato mi mascota Verde y Yo • Acta
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	• Reforzar en las líderes de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores	Acta • Plan de Cuidado Institucional
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado	• Se realiza entrega digital y física los días Martes y Viernes de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de Octubre de 2024 • Se realiza precriticas con la profesional de apoyo en donde se verifica la calidad, veracidad y completitud de los datos consignados en los formatos empleados durante las actividades	• Formato de Caracterización • Sesiones Colectivas • Plan de cuidado Institucional Cuantitativo y Cualitativo • Formato de Mascota Verde

Copia Controlada Subred Suroccidente

Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad.	• Se realiza entrega digital y física de los soportes el día de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de octubre 2024.	• Acta de Soporte de acuerdo a la notificación emitida por la profesional de apoyo
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	• Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo	• Diligenciamiento de Drive de Seguimiento a Canalizaciones • Plan de Cuidado

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.	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:	Milena Paola Garcia Soba						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033712216	
CORREO ELECTRONICO:	psipaolaga387@gmail.com				CELULAR:	7609777	
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:	BANCO FALABELLA S A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111200376378	PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	1696			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2161	FECHA	2024-10-03 12:31:24.000	NÚMERO DE CRP	61101	FECHA	2024-10-07 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,999,035				
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:	$33,983,595
VALOR EJECUTADO	$33,983,595
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,999,035
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
81036619	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los quince(15) 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
Cumplir a cabalidad con las obligaciones afines al perfil bachiller, técnico, profesional y/o profesional especializado conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Sesión 3 (Ambiental - Psicólogo): VÍNCULOS, AFECTO Y VALORES A PARTIR DE “MI MASCOTA VERDE Y YO” Generar apropiación y puesta en marcha de conceptos en torno a los valores y los vínculos afectivos en las madres comunitarias de los HCB:, A través del cuidado de una planta, En este sentido, la planta hace las veces de “metáfora del cuidado y del afecto”,donde el trato de la planta se convierte en un símil, es decir, un reflejo del trato del niño y su entorno. Además del abordaje de las temáticas concertadas en el plan de cuidado institucional en los Hogares Comunitarios de Bienestar priorizados para el equipo HCB 1 ubicados en la localidad de Kennedy	• Formato de Mascota Verde • Plan de Cuidado Institucional •Formato Sesiones Colectivas • Diligenciamiento de las bases de datos por medio de Drive
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional.	se da cumplimiento realizando seguimiento a la siembra en los HCB priorizados para el equipo, al cual se le está realizando la intervención en donde por medio de la planta se va fortaleciendo a los menores en las prácticas de cuidado del medio ambiente, el cuidado mutuo y del otro •Realizar la implementación del plan de cuidado institucional en los HCB abordados por el equipo	Formato Mi mascota Verde y Yo • Plan de Cuidado Institucional • Formato de Sesiones Colectivas • Acta de concertación de Plan de Cuidado • Diligenciamiento de las bases de datos
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Participacion en las jornadas de promoción y salud planteadas y definidas por secretaria de salud. • Relizar eguimiento a las activacions de ruta que se realizan por el equipo de acuero a las necesidades identificadas en los usuarios, al interior de las implementaciones que se realizan en los HCB	Listado de Asistencia • La Retroalimentación de los seguimientos se refleja en el plan de cuidado institucional por medio de la gestión del riesgo en salud
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud	Por medio de la mascota verde y las temáticas priorizadas, se realizan actividades pedagógicas, en donde para el mes de septiembre se realiza fortalecimiento en las prácticas de cuidado, involucrando dimensiones del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en los niños y niñas pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar.	Plan de Cuidado Institucional • Formato mi mascota Verde y Yo
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	04/10/2024 Reunión de Equipo	• Acta • Listado de Asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	Reforzar en las líderes de las asociaciones y madres comunitarias: de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.	Plan de Cuidado Institucional • Formato mi mascota Verde y Yo • Acta
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Reforzar en las líderes de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores	•Acta • Plan de Cuidado Institucional
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado	Se realiza entrega digital y física los días Martes y Viernes de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de Octubre de 2024 • Se realiza precriticas con la profesional de apoyo en donde se verifica la calidad, veracidad y completitud de los datos consignados en los formatos empleados durante las actividades	Formato de Caracterización • Sesiones Colectivas • Plan de cuidado Institucional Cuantitativo y Cualitativo • Formato de Mascota Verde
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad.	Se realiza entrega digital y física de los soportes el día de acuerdo con la solicitud del profesional de apoyo, con oportunidad y calidad, para el mes de octubre 2024.	Acta de Soporte de acuerdo a la notificación emitida por la profesional de apoyo

Copia Controlada Subred Suroccidente

Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo	Diligenciamiento de Drive de Seguimiento a Canalizaciones • Plan de Cuidado

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033712216	MILENA PAOLA GARCIA SOBA	CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE	7609777	pspaolaga387@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	21/10/2024	81036619	$533.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	17	2.500	0	202.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	255.900	0	0	0	0	17	3.200	0	259.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.000				39.000	17	500	39.500			390	39.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	17	400	32.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	202.500
Pensión	1	255.900	259.100
Riesgos Laborales	1	39.000	39.500
CCF	1	32.000	32.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	533.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033712216	MILENA PAOLA GARCIA SOBA		CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE	7609777	pspaolaga387@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	21/10/2024	81036619	$533.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033712216	GARCIA SOBA MILENA PAOLA	59	0			N																	230201	1.599.228	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.228	200.000	14-11	1.599.228	3	39.000	CCF24	1.599.228	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1.999.035 Un millón novecientos noventa y nueve mil treinta y cinco pesos M/CTE, por concepto de: servicios como profesional universitario 2 en el entorno cuidador institucional, durante el periodo de 1 al 15 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1696 2024.



MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ CUENTA

DE AHORROS BANCO FALABELLA

NÚMERO 111200376378

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

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL

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

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 24.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTA DE COBRO ENERO 2024.pdf (Archivado)	CTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO JULIO.pdf	CTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO AGOSTOOK.pdf	CTA DE COBRO AGOSTOOK.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO SEPTIEMBREE.pdf	CTA DE COBRO SEPTIEMBREE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

© 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.

DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1.465.959 Un millón cuatrocientos sesenta y cinco mil novecientos cincuenta y nueve pesos M/CTE, por concepto de: servicios como profesional universitario 2 en el entorno cuidador institucional, durante el periodo del 20 al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7607- 2024.



MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ CUENTA

DE AHORROS BANCO FALABELLA

NÚMERO 111200376378

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 20 al 31 de octubre de 2024 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	CTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	CTA DE COBRO ABRILL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 24.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTA DE COBRO ENERO 2024.pdf (Archivado)	CTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO JULIO.pdf	CTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO AGOSTOOK.pdf	CTA DE COBRO AGOSTOOK.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO SEPTIEMBREE.pdf	CTA DE COBRO SEPTIEMBREE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© 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.