

DOCUMENTO EQUIVALENTE
LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTEE.S.E
NIT:900.959.048-4

DEBEA:

ANA MARIA MEDINA TORRES
CC 1030671921 DE BOGOTA

La suma de DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/te (\$ 2.585.577), por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS como Auxiliar de enfermería durante el periodo de 1 al 30 de Septiembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6203 - 2024.

A handwritten signature in black ink that reads "Ana Maria Medina". The signature is written in a cursive, flowing style.

Ana María Medina Torres
CC 1030671921 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO
CAJA SOCIAL NUMERO
24127054580

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1030671921		MEDINA TORRES ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 34 a sur # 97 F 41 Casa 18 Etapa 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7359559	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	25527051	9472986604	I	2024/09/05	2024/09/17	BANCO DE OCCIDENTE	12	\$405,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	
1	CC	1030671921	MEDINA ANA	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS037	30	\$1,300,000	\$162,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030671921		MEDINA TORRES ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 34 a sur # 97 F 41 Casa 18 Etapa 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7359559	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	25527051	9472986604	I	2024/09/05	2024/09/17	BANCO DE OCCIDENTE	\$405,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,900	\$0	\$209,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$1,900	\$0	\$209,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$300	\$0	\$32,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$300	\$0	\$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$1,500	\$0	\$164,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$162,500	\$1,500	\$0	\$164,000
TOTAL				1	\$402,200	\$3,700	\$0	\$405,900

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>
					Fecha de aprobación	2/15/2018		
					Código:	04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Ana María Medina Torres					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.	1030671921	
CORREO ELECTRONICO:			anamariamedinatorres338@gmail.com			CELULAR:	3209242553	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U C S CONVENIO SDE SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09V07-10	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24127054580				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6203			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1918	FECHA	2024-08-30 14:48:29.000		NÚMERO DE CRP	57227	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:				\$2,585,577				
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:						\$5,860,641		
VALOR EJECUTADO						\$5,860,641		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,585,577		
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	
9472986604	\$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.								
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred		
Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred.		
Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.		
Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.		
5.Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.		
Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada		
Participar en los procesos de capacitación que programe SDE, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED y sus respectivas sedes		
Apoyar al Comité de gestión de riesgos escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas escolares, y convivencia escolar cuando sean convocados.		
9.Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.		
Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED		
Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.		
Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.		
Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred		

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