| 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: | Maria Myleidy Gutierrez Aguja | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1005772498 | |
| CORREO ELECTRONICO: | mgutierrezmaria22@gmail.com | | | | CELULAR: | 3053843233 | |
| 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: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488432140363 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7403 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2246 | FECHA | 2024-10-31 17:52:10.000 | NÚMERO DE CRP | 65062 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-20 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,732,497 | | | | |
| 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: | $1,732,497 |
| VALOR EJECUTADO | $1,732,497 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,732,497 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9475195950 | $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.

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 actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | cumplir con las asistencias a turno y a reuniones proyectadas | entrega de turno en bitaciora y asistencias a las reuniones, dar respuesta al drive de seguimiento epidemiológico |
| 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-Subred Sur Occidente. | cumplir con los llenados de los drives como anexo 9,seguimientoi epidemiologico, insentivar al grupo las comunicaciones del riesgo | enviar cuadro de posisicones y realizar lista de chequeo segun ficha correspondiente de riesgo |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado. | brindar información del pounto de vacunación en centro de salud terminal aereo como en centro de salud de terminal terrestre | evidencia fotografica |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | inspeccionar y evidenciar a la comunidad algun factor de riesgo y notificar | seguimiento epidemiologico |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | poder realizar en cada mes una organización de formatos completos | entregas de productos fisicos como digital |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | verificar llenado de asistencia o verificación de firmas durante el turno | recolectar los diferentes formatos y documentos solicitados |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. | asistir a reuniones programadas con los lideres o con secretaria de salud | llenado de asistencia o correos correspondientes |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes. | recibir diariamente por medio del correo electrónico información requerida para asi mismo complementar los diferentes drive | llenar diariamente formatos digitales y asegurar las actualizaciones del mismo |
| Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas | brindar información de como evitar factores de riesgo en salud | comunicación del riesgo |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A**
**FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

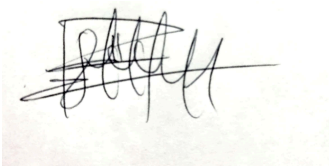
**SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Maria Myleidy Gutiérrez Aguja**

**C.C 1005772498 DE BOGOTA**

La suma de (Un millón setecientos treinta y dos mil cuatrocientos noventa y siete) ($ 1.732.497), concepto de servicios como ENFERMERA en el entorno vigilancia en salud pública, durante el periodo de 20 al 31 de Octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7403- 2024



**Myleidy Gutiérrez Aguja**

**C.C 1005772498 DE BOGOTA CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA NUMERO**

**0550488432140363**

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.

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

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 1005772498 | | GUTIERREZ AGUJA MARIA MYLEIDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 5 No 185c 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5168043 | No |

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 | 995956773 | 9475195950 | I | 2024/10/23 | 2024/10/21 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $494,900 |

**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)** | | | | | $1,599,228 | $255,900 | | | $1,599,228 | $200,000 | | | $0 | $0 | | | $1,599,228 | $39,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,599,228 | $255,900 | | | $1,599,228 | $200,000 | | | $0 | $0 | | | $1,599,228 | $39,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,599,228 | $255,900 | | | $1,599,228 | $200,000 | | | $0 | $0 | | | $1,599,228 | $39,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1005772498 | GUTIERREZ MARIA | 230301 | 30 | $1,599,228 | $255,900 | EPS005 | 30 | $1,599,228 | $200,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,599,228 | $39,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,599,228 | $255,900 | | | $1,599,228 | $200,000 | | | $0 | $0 | | | $1,599,228 | $39,000 | | $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 1005772498 | | GUTIERREZ AGUJA MARIA MYLEIDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 5 No 185c 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5168043 | No |

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 | 995956773 | 9475195950 | I | 2024/10/23 | 2024/10/21 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $494,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $255,900 | $0 | $0 | $255,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $255,900 | $0 | $0 | $255,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $494,900 | $0 | $0 | $494,900 |