

					Versión		3			
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:				JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA						
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1030629846	
CORREO ELECTRONICO:				juliethalejandradelgado0709@gmail.com			CELULAR:		3107649873	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%								
	FO09K33-6	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550488411671438				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO		7175				VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP		2246		FECHA	2024-10-31 17:52:10.000		NÚMERO DE CRP	64839	FECHA 2024-10-31 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA								
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
					2024-10-20			2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1,132,789					
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:						\$1,132,789				
VALOR EJECUTADO						\$1,132,789				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,132,789				
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		
80538680	\$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										

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Elaborar el plan de acción correspondiente al subsistema asignado y realizar seguimiento mensual.	Depuración bases de datos	Bases excel
2 Formato cronograma de actividades enviado por correo electrónico a referente de la subred los primeros tres días calendario, el cual debe contener la programación de las actividades de los profesionales intramurales y extramurales por localidad. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
3. Formato Excel del plan de acción por localidades asignadas por perfil donde se incluya los 8 componentes del PAI, el cual debe estar implementado y aprobado por coordinador PAI. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
4. Actas mensuales de articulación en los espacios de comité de infancia, Comité COLIA, Comité RIAPI.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
Reunión con los referentes de los entornos PSPIC (Educativo, comunitario), políticas para la salud y la vida, Comité COVE local, Comités donde participen los líderes de localidad de la SED, SDIS, ICBF, IDRD y Comités establecidos por la localidad donde esté incluido acciones de la población sujeto de vacunación (listados de comités implementados por la localidad) y comités Distritales: Comité PAI, Comité de inducción – reinducción en cadena de frío y unidades de análisis EAPV presentados. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
6. Acta comité de las localidades asignadas donde se identifique la socialización de los avances coberturas de vacunación de los biológicos, socialización de avances componente cadena de frío: excursión temperatura, seguimiento evento adverso posterior a la vacunación (EAPV) y evento prevenible por la vacunación (EPV) presentados y lineamientos jornadas o campañas establecidas en el mes. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
7. Tablero de control por localidad donde se detalle los indicadores (cobertura, acceso, deserción, esquema completo, completitud, exactitud, oportunidad y calidad de informes) del programa que incluya análisis y acción de mejora. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
8. Formato consolidado actualizado de talento humano y recursos de transporte y líneas telefónicas asignados por las EAPB que hacen parte del convenio tripartito y reporte diario a correos de las referentes de las EAPB con copia a sdspai@saludcapital.gov.co de las novedades del talento humano del convenio tripartita. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
9. Consolidado informe SIS 151 y movimiento biológico por localidad por IPS y estrategia extramural, donde se valide y verifique la congruencia y calidad de los informes.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
10. Formato diagnóstico - evaluación de la capacidad de almacenamiento, biológico, dispositivos médicos e insumos PAI.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
11. Oficios a la coordinación PAI de los incumplimientos de normatividad de habilitación de los servicios de vacunación que operan en las localidades asignadas. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
12. Cronograma de inducción y reinducción de los aplicativos al talento humano, con correo de envío al coordinador PAI el día 10. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
13. Consolidado de seguimiento a las cohortes por localidad y entrega al coordinador PAI subred el día	No se realizo este mes	No se realizo este mes
14. Calendario. Mensual	No se realizo este mes	No se realizo este mes
15. Consolidado por localidad del inventario de sistemas de información, para los dos aplicativos, el de PAI 2.0 de Bogotá y el PAIWEB 2.0 nacional, enviado al coordinador PAI el último día calendario. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
16. Formato plan de capacitación, actas soporte de la ejecución de la temática teórica y práctica con intensidad de 16 horas. (16 teóricas y 8 prácticas).	No se realizo este mes	No se realizo este mes
17. Formato consolidación informes de tácticas de la estrategia extramural Casa a Casa, concentración, bloqueos, gestión del riesgo y vacunación domiciliaria, y envió los primeros 7 días calendario al coordinador PAI. Mensual.	No se realizo este mes	No se realizo este mes
18. Acta articulación y cronograma intervención mensual entre equipo PAI, entorno comunitario, entorno laboral y referente del programa salud sexual y reproductiva que garantice el tamizaje con prueba rápida de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B y la aplicación de vacuna de hepatitis b, espacio que se debe realizar los cinco primeros días del mes.	No se realizo este mes	No se realizo este mes

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030629846	JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA		Kr 73 26 81 Sur SM2 Bq 2 Ent 5 Ap 108	3107649873	yuyis0709@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	08/11/2024	81640263	TOTAL A PAGAR \$402.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030629846	JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA		Kr 73 26 81 Sur SM2 Bq 2 Ent 5 Ap 108	3107649873	yuyis0709@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	08/11/2024	81640263	\$402.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030629846	DELGADO OSPINA JULIETH ALEJANDRA	59	0		N																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1030629846	JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA		Kr 73 26 81 Sur SM2 Bq 2 Ent 5 Ap 108	3107649873	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81640263	08/11/2024				EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	N	15/11/2024	81804949	\$228.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	92.100	0		0		0	1	100	0	92.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	117.900	0	0	0	0	1	100	0	118.000	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	18.000				18.000	1	100	18.100			180	18.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	92.100	92.200
Pensión	1	117.900	118.000
Riesgos Laborales	1	18.000	18.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	228.000	228.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030629846	JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA		Kr 73 26 81 Sur SM2 Bq 2 Ent 5 Ap 108	3107649873	yuyis0709@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81640263	08/11/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	N	15/11/2024	81804949	\$228.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030629846	DELGADO OSPINA JULIETH ALEJANDRA	59	0		N																			25-14	2.036.536	325.900	0	0	0	0	EPS005	2.036.536	254.600	14-11	2.036.536	3	49.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

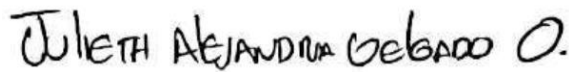
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA

C.C 1030629846 DE BOGOTA

La suma de Un millón ciento treinta y dos mil setecientos ochenta y nueve (\$1.132.789), por concepto de servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PSPIC, durante el periodo de 20 al 31 de Octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7175-2024.



JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA
C.C 1030629846 DE BOGOTA
CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488411671438

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo 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.



Firmado digitalmente por JUDY
MARCELA LOPEZ GUERRERO
Fecha: 2024.11.03 17:15:51
-05'00'

(Judy Marcela López Guerrero)
Apoyo a la supervisión
Coordinadora Pspic