| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | paula andrea guaman osuna | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1233912589 | |
| CORREO ELECTRONICO: | paulis.pago99@gmail.com | | | | CELULAR: | 3154800098 | |
| 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 CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24093042127 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7884 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2354 | FECHA | 2024-11-13 16:04:13.000 | NÚMERO DE CRP | 70676 | FECHA | 2024-11-15 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | DIGITADOR | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,214,245 | | | | |
| 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: | $2,767,806 |
| VALOR EJECUTADO | $2,767,806 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,214,245 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 81680764 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 |
|---|---|---|
| Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de Salud Pública de acuerdo a los estándares | . Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de Salud Pública de acuerdo a los estándares | ENTREGA DE DIGITACIÓN DE BASES DE DATOS DIARIA |
| Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético. | Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético. | DIGITACIÓN BASES DE DATOS COMUNITARIO: SESIONES COLECTIVAS, VINCÚLATE, CARACTERIZACIÓN BARRIAL |
| Apoyar la digitación de Bases de datos del programa Salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa. | Apoyar la digitación de Bases de datos del programa Salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa. | APOYAR LA DIGITACIÓN DE BASES DE DATOS DEL PROGRAMA SALUD URBANA Y LAS DEMÁS QUE SE DERIVEN DE LOS EQUIPOS DEL PROGRAMA. ENTORNOS: HOGAR: CANTIDAD 10 / 125 INSTITUCIONAL: CANTIDAD 80 /107 COMUNITARIO: CANTIDAD 100/250 EDUCATIVO: CANTIDAD 100/120 LABORAL: CANTIDAD 20/295 |
| Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos. | Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos. | REVISIÓN DE LOS FORMATOS ENTREGADOS POR LOS ENTORNOS VERIFICACIÓN DE SU CORRECTO DILIGENCIAMIENTO E INFORMACIÓN COMPLETA |
| Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información | Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información | REVISIÓN DE LA HERRAMIENTA DE CONTROL DRIVE PARA EL INGRESO COMPLETO DE LA INFORMACIÓN EN LAS DIFERENTES BASES DE DATOS |
| Garantizar y validar la información ingresada en los aplicativos dispuesto teniendo en cuenta las herramieta de indicaciones suministradas por el técnico. | Garantizar y validar la información ingresada en los aplicativos dispuesto teniendo en cuenta las herramieta de indicaciones suministradas por el técnico. | Ajuste en base de datos en base desacuerdo a solicitud del técnico semanalmente |
| Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido. | Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido. | INGRESO A LA HERRAMIENTA DRIVE DE LOS DIFERENTES FORMATOS CORRESPONDIENTES A CADA ENTORNO DE VIDA |
| Validar las fichas de captura según los instructivos suministrados desde nivel central. | Validar las fichas de captura según los instructivos suministrados desde nivel central. | Se tiene en cuenta la revisión de los lineamientos para la digitación de la información de las fichas |
| Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud.. | Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud. | APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA INSTITUCIÓN |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | se cumplen con los tiempos de digitación y con la calidad de dato en aplicativo de GESI |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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.

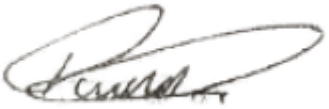
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

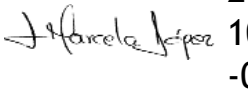
PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA
C.C 1233912589 DE Bogotá

La suma de Valor en (Dos millones doscientos catorce mil doscientos cuarenta y cinco pesos) ($2,214,245), por concepto de servicios como DIGITADOR en el componente GESI durante el periodo del 1 al 30 de noviembre de 2024 y horas adicionales realizadas durante el mes de octubre, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 7884-2024



PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA
C.C 1233912589 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24093042127

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


2024.11.18
10:50:35
-05'00'

**JUDY MARCELA LOPEZ**
**Apoyo a la supervisión**
**Componente GESI**

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 | 1233912589 | PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA | CALLE 152A N 99-45 | 3154800098 | paulis.pago99@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 12/11/2024 | 81680764 | $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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1233912589 | PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA | | CALLE 152A N 99-45 | 3154800098 | paulis.pago99@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 12/11/2024 | 81680764 | $402.200 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 1233912589 | GUAMAN OSUNA PAULA ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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

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?** Si No

| Identificación 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Cuenta cobro febrero 2024.pdf (Archivado) | Cuenta de cobro febrero 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA COBRO MARZO.pdf (Archivado) | CUENTA COBRO MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | cuenta cobro Abrill.pdf (Archivado) | cuenta cobro abrill.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO MAYO.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO FEBRERO _2024.pdf | CUENTA COBRO FEBRERO _2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO MARZO 2024.pdf | CUENTA COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO ABRIL 2024.pdf | CUENTA COBRO ABRIL 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO MAYO 2024.pdf | CUENTA COBRO MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA COBRO JUNIO _2024.pdf (Archivado) | CUENTA COBRO JUNIO_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA COBRO JUNIO_ADICIONALES_2024.pdf (Archivado) | CUENTA COBRO JUNIO_ADICIONALES_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO MAYO_ADICIONALES_2024.pdf | CUENTA COBRO MAYO_ADICIONALES_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO MAYO 2_ADICIONALES.pdf | CUENTA COBRO MAYO 2_ADICIONALES.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO JUNIO.pdf | CUENTA COBRO JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO_2024.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO_2024.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE_2024.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE_2024_ADICIONALES.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE_2024_ADICIONALES.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2024_.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2024_.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

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?** Si No

| Identificación 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA (2).zip | PAULA ANDREA GUAMAN OSUNA (2).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 23-31_2024.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 23-31_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >