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:	Viviana Marcela Vera Valero						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014206537	
CORREO ELECTRONICO:	vmveraval@gmail.com				CELULAR:	4595106	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONTRATO PAPSIVI SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-8	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120765997				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	8352			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2657	FECHA	2024-12-23 11:22:12.000	NÚMERO DE CRP	81016	FECHA	2024-12-27 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-01		2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,204,089				
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:	$6,071,438
VALOR EJECUTADO	$6,071,438
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,204,089
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
82089356	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre 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
Continuar la implementación de la estrategia diferencial de Niños, Niñas y adolescentes en el mundo emocional, familiar y social y con participación de NNA de diversos grupos etarios según la ruta metodológica propuesta. La implementación de la estrategia deberá incluir: i) focalización de los NNA con quienes se realizará, ii) el desarrollo de la ruta de navegación propuesta.	NO APLICA	NO APLICA
Iniciar la implementación de la estrategia diferencial de Niños, Niñas y adolescentes en el mundo emocional, familiar y social y con participación de NNA de diversos grupos etarios según la ruta metodológica propuesta. La implementación de la estrategia deberá incluir: i) focalización de los NNA con quienes se realizará, ii) el desarrollo de la ruta de navegación propuesta.	NO APLICA	NO APLICA
Realizar la apertura, implementación y cierre de la estrategia diferencial de Niños, Niñas y adolescentes en el mundo emocional, familiar y social y con participación de NNA de diversos grupos etarios según la ruta metodológica propuesta. La implementación de la estrategia deberá incluir: i) focalización de los NNA con quienes se realizará, ii) el desarrollo de la ruta de navegación propuesta.	NO APLICA	NO APLICA
Realizar la apertura, implementación y cierre de la estrategia diferencial de Niños, Niñas y adolescentes en modalidad comunitaria con 1 grupo por bina psicosocial	NO APLICA	NO APLICA
Realizar la propuesta metodológica de los diálogos de saberes en salud con enfoque diferencial e implementarla en los centros de encuentro o en los espacios /lugares definidos, según cronograma de la SDS.	APLICACION DE LA FICHA DE DIALOGO DE SABERES EN SALUD EL DÍA 16 DICIEMBRE 2024	FICHA METODOLOGICA
De manera mensual se diligenciará la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la estrategia definida para ello, actividad conjunta con la Estrategia de Formar en Paz.	SE REALIZÓ ATENCIÓN PSICOSOCIAL CON LOS NNA VINCULADOS AL PROGRAMA EN ESTE CICLO DE ATENCIÓN	MATRIZ EN EXCEL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ESTRATEGIA NNA
Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento convocadas por la SDS y la coordinación del proceso.	REUNION EQUIPO INTERDISCIPLINAR 20 DICIEMBRE 2024	LISTA DE ASISTENCIA
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas	SE PARTICIPO DEL FORTALECIMIENTO TECNICO EL DÍA 20 DE DICIEMBRE 2024	LISTA DE ASISTENCIA
Participar en la jornada de cuidado emocional	SE PARTICIPO EN JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL EL DÍA 23 DE DICIEMBRE 2024	LISTA DE ASISTENCIA
Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS	NO APLICA	NO APLICA
Participar en la jornada interestrategias liderada por el equipo de la estrategia Formar en Paz	NO APLICA	NO APLICA
Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto estrategia diferencial e interseccional de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado	SE REALIZA APORTES TECNICOS PARA ELINFORME MENSUAL 26 DICIEMBRE 2024	INFORME MENSIAL

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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	1014206537	VIVIANA MARCELA VERA VALERO	CL 64 D 85 86	4919021	vmveraval@hotmail.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	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82089356	$402.700	

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	1	200	0	162.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	1	100	31.800			317	31.800	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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

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	1014206537	VIVIANA MARCELA VERA VALERO	CL 64 D 85 86	4919021	vmveraval@hotmail.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	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82089356	$402.700	

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	Estornado	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	1014206537	VERA VALERO VIVIANA MARCELA	59	0			N																	231001	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

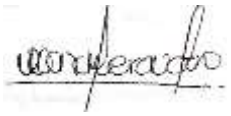
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

VIVIANA MARCELA VERA VALERO

C.C 1014206537 DE BOGOTÁ

La suma de Cinco millones doscientos cuatro mil noventa pesos (5.204.090), por concepto de servicios como Universitario 1 Trabajadora Social en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 1 al 31 de diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8352-2024



(VIVIANA MARCELA VERA VALERO)

C.C 1014206537 DE BOGOTA

CUENTADEAHORROS BANCOCAJA SOCIAL

NUMERO 24120765997

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



LIXA SORAYA PRIETO LÓPEZ
Apoyo a la supervisión
Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024

10 de diciembre del 2024.

Bogotá D.C

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Viviana Marcela Vera Valero, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía Número 1.014.206.537 expedida en Bogotá D.C. Actuando en calidad de madre cabeza de familia, me permito realizar la siguiente declaración juramentada:

PRIMERO: Declaro bajo la gravedad de juramento que soy madre cabeza de familia, siendo la principal responsable del sostenimiento económico y cuidado personal de mi hijo menor de edad, Juan Esteban Nova Vera, quien nació el 12/02/2022, con Tarjeta de Registro Civil Número 1015001277, inscrito en Bogotá.

SEGUNDO: Solicito a la autoridad competente la exención del pago del impuesto de industria y comercio (ReteICA), amparada en mi condición de madre cabeza de familia de conformidad con las disposiciones legales aplicables en Colombia.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración juramentada en Bogotá D.C a los 10 días del mes de diciembre del año 2024.

Atentamente,



_____

Viviana Marcela Vera Valero

C.C. Nº 1014206537

Teléfono: 3142150818