Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ
No. Identificación: CC52993762
Dirección: CRA 80C N 47 59 SUR
Telefono: 4812821
Correo: orleidy2009@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8383900136

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ
Tipo y número de identificación	CC52993762
Número de planilla	8383900136
Fecha pago	2025-02-11
Número de autorización pago	38205836
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	147100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8383900136

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	11600	1
230301	Porvenir	76100	1
EPS008	Compensar EPS	59400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52993762
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	475039	475039	475039	0	59400	0	76100	0	11600	0

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	luz leidys pitalua						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52993762	
CORREO ELECTRONICO:	orleidy2009@gmail.com				CELULAR:	3218593634	
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:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	68886074020				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	978			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	203	FECHA	2025-01-24 15:25:33.000	NÚMERO DE CRP	13853	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,562,790				
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:	$10,569,611
VALOR EJECUTADO	$4,750,387
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,562,790
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,819,224
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	45%

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
8383900136-84364829	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Mónica María Peña Osorio
52960209
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
"Proceso Salud Ancestral Continuidad y cierre de 50 procesos de atención en salud ancestral. (correspondiente a 10 casos en modalidad individual y 1 en modalidad familiar por equipo). "	Realizar valoración en salud física las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud identificación de barreras de acceso en salud y acciones desde la medida ancestral 10 usuarios y una familia en procesos de salud ancestral con avances para el mes en el mes de febrero se realizaron 11	Ficha de registro de atención y seguimiento en salud física
DIGITAR EN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL EQUIPO (SEGÚN LA MODALIDAD), EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DE MANERA SEMANAL.	Digital matriz de seguimiento psicosocial semanal según acciones adelantadas	
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas	Participar en jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas	Acta y lista de asistencia
Participar en la jornada de cuidado emocional	Participar en jornada de cuidado emocional	Acta y listado de asistencia
Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto atención psicosocial diferencial para población víctima del conflicto armado con pertenencia étnica	Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción	Remitir informe en estructura definida
Psicoancestral Realizar el abordaje de 5 procesos de atención psicoancestral comunitario (UBUNTU) para personas víctimas del conflicto armado. Preparar la metodología, y la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención psicoancestral en formato previamente establecido	Realizar el abordaje de cinco procesos de atención psicoanncestral comunitario (UBUNTU) uno por equipo para personas víctimas del conflicto armado	Actas de planeación PAP030 fichas de atención psicoanncestral
PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS POR LAS COORDINACIONES DEL PROCESO	Participar en las asistencias o reuniones convocadas por la SDS o la coordinación	Acta y listado de asistencia

Mónica María Peña Osorio
52960209
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

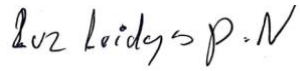
NIT:900.959.048-4

Nombre
LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ

C.C 52993762 DE BOGOTA

La suma de TRES MILLONES QUINIENTO CESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS ($3,562.790), por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PAPSIVI en el **Contrato Interadministrativo No.7020506 del 2024** durante el periodo de 01 al 28 de FEBRERO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 978 -2025

firma



nombre

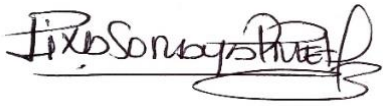
LUZ LEIDYS PITALUA NARVAEZ

C.C 52993762 DE BOGOTA

CUENTADE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO
68886074020

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes 02 (**FEBRERO)** 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