| 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: | Yenny Andrea Goyes Vargas | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52516025 | |
| CORREO ELECTRONICO: | 1111andregv@gmail.com | | | | CELULAR: | 3134617071 | |
| 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 DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 1770078317 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8294 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 203 | FECHA | 2025-01-24 15:25:33.000 | NÚMERO DE CRP | 12304 | FECHA | 2025-01-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-02-01 | | 2025-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $7,171,290 | | | | |
| 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: | $34,422,192 |
| VALOR EJECUTADO | $22,709,085 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,171,290 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,713,107 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 66% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 83611839 | $2,868,516 | $358,565 | $458,963 | 3 | $69,877 | $887,404 |

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 |
|---|---|---|
| Planeación Estratégica del equipo a cargo, a partir de la programación de las acciones contempladas en el lineamiento. Lo cual incluye: cronograma mensual de profesionales, asignación - retroalimentación de casos y seguimiento. La cual será aprobada por la coordinación general | PLANEACION Y SEGUIMIENTO DE CADA UNA DE LAS LINEAS DE INTERVENCION, ACORDE AL AVANCE DE CADA PROFESIONAL SEGUIMIENTO MATRIZ DE FOCALIZACIÓN Y CRONOGRAMA | MATRIZ DE FOCALIZACION Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE FEBRERO |
| Realizar aportes a la coordinación administrativa y general del seguimiento a la ejecución programática y financciera del componente de atención psicosocial del PAPSIVI. | APORTES Y SEGUMIENTO PROYECTO DE INVERSION | MATRIZ PROGRAMATICA |
| Desarrollar el seguimiento técnico y operativo del equipo a cargo y de calidad de formatos de casos atendidos en cada proceso, para ingreso de soportes en aplicativo PAPSIVI y bases de datos de casos por modalidad o estrategia y cuando se requiera seguimiento en campo y/o telefónico | REVISIÓN DE PRODUCTOS CONTRACTUALES (MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL, FICHAS DE REPORTE DE CASOS, MATRIZ DE FOCALIZACION , PAP30, ACTAS DE GESTION) DE PROFESIONALES, TECNICOS Y GESTORES DE LAS ESTRATEGIAS DE PAPSIVI ETNICO, GITANO, PALENQUEROS Y AFROS | ACTAS DE SEGUIMIENTO |
| Presentar mensualmente a la coordinación general el balance del seguimiento técnico, estableciendo las situaciones de alerta y/o recomendaciones para el fortalecimiento técnico – operativo de proceso. | REALIZAR Y PRESENTAR INFORME DE BALANCE DEL SEGUIMIENTO TECNICO | INFORME MENSUAL E INFORME DE BALANCE SEMESTRAL |
| Realizar los aportes a la coordinación administrativa y general para la sistematización y consolidación de los reportes mensuales distritales de los procesos a cargo para el reporte mensual del Proyecto de Inversión. | REALIZAR APORTES PARA EL REPORTE DEL PROYECTO DE INVERSION A COORDINACION DE LOS PROCESOS ETNICOS AFRO, PALENQUERO Y GITANO | REPORTE MENSUAL DEL PROYECTO DE INVERSIÓN. |
| Realizar la consolidación de los informes mensuales o fracción de mes y del informe final y remitirlos a la coordinación general | SE CONSOLIDAN INFORMES MENSUALES O FRACCION DE LOS PRODUCTOS 13, 14 Y 15 Y SE REMITEN A COORDINACION | INFORME MENSUAL |
| Dinamizar en los centros de encuentro la articulación intersectorial y el posicionamiento del PAPSIVI. | SE REALIZA POSICIONAMIENTO DEL PROGRAMA PAPSIVI EN EL CENTRO DE ENCUENTRO, SE REALIZA PROGRAMACION DE PROFESIONALES PARA LA EJECUCION DE DIALOGOS EN SALUD | MATRIZ PROGRAMACION DIAS PUNTO |
| Realizar reunión mensual de equipo en la cual se establezca un análisis técnico del abordaje de los procesos de atención psicosocial, no se espera de este espacio seguimiento administrativo. | SE REALIZA REUNION DONDE SE DA LINEA TECNICA A LOS EQUIPOS SEGÚN DOCUMENTO TECNICO, SE REALIZA FORTALECIMIENTO TECNICO EN EL TEMA DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD | ACTA DE REUNION MENSUAL |

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 Controlada Subred Sur Occidente

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 | 52516025 | YENNY ANDREA GOYES VARGAS | kr 11 34 48 sur | 3611526 | andreagoyesv809@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 | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 26/02/2025 | 84372862 | $904.800 | |

## 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 | 358.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 358.600 | 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 | 459.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 459.000 | 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 | 69.900 | | | | 69.900 | 0 | 0 | 69.900 | | | 699 | 69.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 17.300 | 0 | 0 | 17.300 | 1 |

**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 | 358.600 | 358.600 |
| Pensión | 1 | 459.000 | 459.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 69.900 | 69.900 |
| CCF | 1 | 17.300 | 17.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 904.800 | 904.800 |

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 |
| CC | 52516025 | YENNY ANDREA GOYES VARGAS | | kr 11 34 48 sur | 3611526 | andreagoyesv809@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 26/02/2025 | 84372862 | $904.800 | |

## 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 | 52516025 | GOYES VARGAS YENNY ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.868.516 | 459.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.868.516 | 358.600 | 14-11 | 2.868.516 | 3 | 69.900 | CCF24 | 2.868.516 | 17.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YENNY ANDREA GOYES VARGAS**

**C.C 52516025 DE BOGOTA**

La suma de (siete millones, ciento setenta y un mil doscientos noventa pesos) (7,171,290), por concepto de servicios como profesional especializado 3 en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024,** durante el periodo de 1 de febrero al 28 de febrero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8294-2024

Yenny Goyes V.

(FIRMA)

**(YENNY ANDREA GOYES VARGAS)**
**C. C 52516025 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 001770078317

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes 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**