aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1333524901	9482537160	I	2025/03/18	2025/03/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	52634573 ARIZA MYRIAM	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1333524901	9482537160	I	2025/03/18	2025/03/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MYRIAM YOLANDA ARIZA ULLOA

C.C 52634573 DE Bogotá

La suma de un millón novecientos veinticinco mil ochocientos cuarenta y cuatro pesos, M/CTE, $ 1´925.844 por concepto de: Servicios prestados como higienista oral en el area de Odontologia , durante el periodo de 01 de Marzo al 31 de marzo de 2025, uss de porvenir de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 660-2025.



MYRIAM YOLANDA ARIZA ULLOA

C.C. 52634573 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIIENDA

008400724152



Yolis
17/3/2025 a la(s) 12:06 p. m.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1333524901

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9482537160

Fecha
13/03/2025

Número de aprobación
00524901

Dirección IP
179.19.87.172

Valor transacción
$ 440.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.19.87.172	CC	52634573

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:	myriam yolanda ariza ulloa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52634573	
CORREO ELECTRONICO:	yollis0269@gmail.com				CELULAR:	7952340	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL SALUD ORAL - P y D USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34E06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400724152				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	660			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15608	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,925,844				
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:	$7,703,376
VALOR EJECUTADO	$7,703,376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
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
9481038897	$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.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas	dar una buena atencion en la consulta y una buena educacion en cuanto a los procedimentos que requiere	paciente satisfecho
diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad	se llenan los formatos con claridad y cuidar los instrumentos que tengamos acargo	carpetas
.Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	esterilizo y desinfecto el instrumental y equipos necesarios para la atencion que requiere los pacientes	paciente seguro
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según Requerimientos de la Subred.	cumpliendo con las normas establecidas por la institucion y los lineamientos establecidos	actas de uss porvenir
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	realizar deligenciamiento en las carpetas que nos aplica, realizar la lim pieza y desinfeccion y demas, reuso de fresas y llevar todo ordenado para dar cumplir con nuestras actividades	carpeta
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	estar pendiente de los elementos a cargo en odontologia que este bajo mi responsabilidad	actas porvenir
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	estar en las reuniones que nos convoquen, capacitaciones, e inducciones de la subred	aula virtual encuestas y actas
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	notificar a mi lider encargado,cuando se nos daña algun equipo de odontologia, y e internet y demas reportes que tengamos en odontologia	mesa de ayuda , Almera
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	participar en las actividades que tenemos en la subred o en el centro de salud	actas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	cumplir con el pago de la seguridad social para no tener inconvenientes y realizar mi nomina	entregar a tiempo la cuentas de cobro
Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución.	e realiza canalizacion a los pacientes a los demas programas de la institucion	jornada de fluor
Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana. protección específica. y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución.	contribuir en la evaluacion de actividades de impacto en la presatcion del servicio de salud oral	formatos, protocolos
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	realizar las actividades correspondientes bajo el desarrollo del objeto del contrato	carpetas
Realizar el proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente con su debido registro , en el consultorio asignado.	cumplir con los procolos de limpíeza y desinfeccion	realizar las diferentes capacitaciones
hacer uso del carne institucional..	portar mi carnet solo en el sitio de trabajo y en reuniones de la subred	cumplir con las normas de la isntitucion
Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc..	realizar cuenta mensualmente con todos los soportes correspondientes	verificacion de la lider encargada
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	aquí continuamos realizando las demas actividades como resepcion de insumos ,terminal entre otros	dinamica
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas	revisar agendas programadas	dinamica
Estar presto a la demas necesidades que se requieran	realizar las demas actividades que me sean asigandas acordes a mis obligaciones contactuales	lider inmediato

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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