DOCUMENTO EQUIVALENTE 2

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YEIMI MILENA RAMIREZ

C.C52534731 DE BOGOTA D.C

La suma de $1.925.844 (un millón novecientos veinticinco mil ochocientos cuarenta y cuatro pesos)
Por concepto de: Prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería, en la dirección de servicios ambulatorios en las unidades de Caps Porvenir durante el periodo del 1 al 30 de abril del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3664-2025.



YEIMI MILENA RAMIREZ
C.C 52534731 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCO COLOMBIA
NUMERO 91273199077

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

Datos guardados

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 MARZO.pdf	CUENTA MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	52534731	YEIMY MILENA RAMIREZ	CLL 53 N 12 Este 36 PISO3	3209993006	milena00ramirez@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85238766	$441.000	

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	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	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	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	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	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

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	52534731	YEIMY MILENA RAMIREZ	CLL 53 N 12 Este 36 PISO3	3209993006	milena00ramirez@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85238766	$441.000	

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	Exonerado	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	52534731	RAMIREZ YEIMY MILENA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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.			
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:	YEIMY MILENA RAMIREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52534731	
CORREO ELECTRONICO:	milena00ramirez@gmail.com				CELULAR:	3209993006	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91273199077				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3664			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1181	FECHA	2025-05-19 10:22:01.000	NÚMERO DE CRP	24578	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
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:	$4,878,805
VALOR EJECUTADO	$2,578,146
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,300,659
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	53%

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
85238766	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiocerebrovascular, ruta de cancer.	Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Apoyo, asignación de citas, acompañamiento y realización de actividades en cada una de las rutas en salud manejadas en el centro de salud porvenir.
Brindar informacion al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida.	Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Entregar e información correcta a cada uno de los usuarios sobre los pasos a seguir para la correcta atención en salud.
Responder por lo inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este.	Responder por lo inventarios de los consultorios a su cargo	Verificación de equipos durante la desinfección, estado y que el consultorio se encuentre dotado durante la consulta establecida diariamente
Realizar administracion de biologicos segun esquema vigente, seguimiento a cohorte y bases enviadas desde la cooridnacion.	aprenderse el esquema de vacunacion	realizar seguimiento a la cohorte
Realizar seguimiento a pacientes de la ruta asignada segun resolucion 3280 del 2018.	Realizar seguimientos a la rutas asignadas por el lider para el proceso de promacion y prevencion	realizar llamadas telefonicas
Presentar al supervisor de la orden de prestacion de servicios de copias de los recibos de pago de los aportes a sistema de seguidad social integral de acuerdo con lo estabecido en el articulp50 de la ley 783 de 2002.	Presentar la planilla de pago al sistema de seguridad social.	Pago y subida de soporte de planilla
Realiza Hamada de las agendas de los profesinales asignados, para confirmacion de la cita.	Realizar seguimiento de ls diferente bases para la asigancion o cancelacion de la cita	realizar llamadas telefonicas
Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta.	Dotar los consultorios de elementos necesarios para la realización de la consulta	realizar revisión en cada uno de los consultorios asignados y dejar el material necesario (resmas, dispositivos, desinfección) para una atención de calidad.
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos.	Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos.	Desinfección diaria de los consultorios y los equipos biomédicos realizando registro en planilla de desinfección de cada consultorio.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E.	Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Se recibe socialización de lo realizado en las reunione
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	Reserva de la información brindada en la prestación del servicio o relacionada con la Subred.	mantener confidencialidad en cada uno de los procesos que se lleven a cabo dentro de mi entorno laboral
Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred	Se garantiza cumplimiento de procedimientos establecidos en la subred, utilizando de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad.
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Brindar información oportuna ,con trato humanizado y ofertar servicios de calidad	Realizar atención de calidad, integral y con calidez a cada uno de los usuarios brindando información clara y concisa.
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Participar en los procesos habilitación y/o acreditación	participación activa en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la subred
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	Realizar reporte de sucesos de seguridad por la intrenet	En el mes se debe realizar por lo menos de 2 reportes de suceso de suguridad
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado. Reporte en los subsistemas SIVIGILA.	Participar en las actividades a las que sea convocado	participar en las reuniones mensuales realizadas en el centro de salud porvenir.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cumplir con funciones establecidas en el contrato	Realizar entrega de números de teléfono de entidades con convenio en capital salud, dar información sobre medicamentos a los usuarios, informar sobre el proceso de autorización de medicamentos y entrega en audifarma, y otras necesidades de la unidad.

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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