| 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: | flor yolanda quintero | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39649515 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yolisquintero23@gmail.com | | | | CELULAR: | 6594720 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM DESARROLLO INSTITUCIONAL USS BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO35T08 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488404133305 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 512 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1177 | FECHA | 2025-05-19 15:50:12.000 | NÚMERO DE CRP | 26495 | FECHA | 2025-05-27 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-05-01 | | 2025-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,863,534 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | | 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: | $7,454,136 |
| VALOR EJECUTADO | $7,454,136 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,863,534 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8636124092 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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 EL PROCESO DE ARCHIVO Y DESARCHIVOY GESTION DOCUMENTAL DE LAS SEDES QUE SEAN ASIGNADAS | APOYAR PROCESO DE DESARCHIVO Y ARCHIVO HC | 65 HISTORIAS CLINICAS ORGANIZADAS |
| MANTENER LA INFORMACION LA INFORMACION ESTADISTICA ACTUALIZADA, SEGUN LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES | SUBIR CONSENTIMIENTOS SISTEMAS // DIFERENTES SERVICIOS | 350 CONSENTIMIENTOS SERVICIOS |
| ORGANIZAR Y ARCHICAR LAS HISTORIAS CLINICAS POR NUMERO DE DOCUMENTO DE TAL FORMA QUE PERMITA EL ARCHIVO Y DESARCHIVO | ORGANIZAR HISTORIAS CLINICAS POR NUMERO PARA ARCHIVO | 150 HISTORIAS CLINICAS ORGANIZADAS PARA ARCHIVO |
| HACER RECORRIDO A DIFERENTES SERVICIOS // PARA RECIBIR CONSENTIMIENTOS // HISTORIAS CLINICAS MANUALES PLAN CONTIGENCIA | HACER RECORRIDO DIFERENTES SERVICIOS // RECOGER CONSENTIMIENTOS | 550 CONSENTIMIENTOS RECOGIDOS SISTEMAS |

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
52048511
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 E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A :**

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**La suma de $ 1.863.534** por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo del 1 de Mayo al 31 de Mayo 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios NO,512 de 2025

flor yolanda Quintero

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

CC NO. 39649515DE BOGOTA.

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488404133305

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | FLOR YOLANDA QUINTERO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-39649515 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-05-22 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-05-07 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-05-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-04 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-04 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8636124092 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8603110987 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 178.000 | $ 178.600 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 227.800 | $ 228.600 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 34.700 | $ 34.900 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 440.500 | $ 442.100 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/06/2025 |