

					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:			ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1233688581
CORREO ELECTRONICO:			angiearenas.97@hotmail.com			CELULAR:		3219957521
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS 11 PUENTE ARANDA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU40U05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4482022714				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		831			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1362	FECHA	2025-06-12 10:21:10.000	NÚMERO DE CRP	29440	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TRABAJADOR SOCIAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-05-01			2025-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,520,980				
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:						\$17,604,900		
VALOR EJECUTADO						\$14,083,920		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,520,980		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,520,980		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						80%		
El intervisor 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		
86615621	\$1,408,392	\$176,049	\$225,343	3	\$34,308	\$435,700		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol	Se realizan censos y seguimientos a las bases de datos	Base de datos
Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Se porta el carnet institucional y uso adecuado del usuario del aplicativo dinamica gerencial	Asignacion de citas
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución	Seguir las directrices del proceso de gestion clinica ambulatoria	Reportes diarios
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	Asisitir a jornadas de salud y/o reuniones programadas por la dependencia	listado de asistencia
Participar en el proceso de acreditación en salud de la subred	Conocer la plataforma estrategica de la subred	Informes semanales
Mantener desarrollar e implementar la visión y la misión de la subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio servicios	Desempeñar las labores encaminadas a cumplir la mision de la Subred y conocer el portafolio de servicios	Orientacion al usuario
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la subred de cada una de las actividades realizadas Y sus respectivos soportes. (Cronograma, informes, entre otros	Entregar bases de datos con informacion veras y oportuna	informes semanales
Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse	Adecuado uso de EPP y asistencia a reuniones, capacitaciones programadas	Listas de chequeo
Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contratacion y/o demás procedimientos aplicables	Realizar la solicitud insumos para desempeño de las actividades del convenio	Correcto diligenciamiento de los formatos de solucitud de insumos
Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	Entrega oportuna de informacion solicitada por parte de la dirección ambulatoria	Base de datos y censos

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233688581	ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO		CL 70a bis 113 78	3219957521	angiearenas.97@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	24/06/2025	87625141	\$442.100
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	5	600	0	178.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	5	800	0	228.600	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	5	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	178.600
Pensión	1	227.800	228.600
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233688581	ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO		CL 70a bis 113 78	3219957521	angiearenas.97@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	24/06/2025	87625141	\$442.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1233688581	ARENAS MORENO ANGIE DAYANNA	59	0		N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIEDAYANNA ARENAS MORENO C.C 1.233.688.581 DE BOGOTA

La suma de \$3.520.980, por concepto de: Prestación de servicios de salud como TRABAJADORA SOCIAL en el área de consulta externa, Dirección Ambulatoria USS Puente Aranda, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 831/2025.


Angie Dayanna Arenas Moreno

C.C. 1.233.688.581 DE Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS COLPATRIA NUMERO 004482022714