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:	ESMERALDA AVILA SANCHEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52126003	
CORREO ELECTRONICO:	esmeraavila@yahoo.com				CELULAR:	7197739	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO VIVIENDA HOGAR PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-1	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300678757				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2213			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1163	FECHA	2023-05-17 10:51:45.000	NÚMERO DE CRP	22911	FECHA	2023-05-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-03-01		2023-03-26		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,234,263				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$9,120,683
VALOR EJECUTADO	$9,120,683
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,234,263
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
66224234	$1,954,432	$244,304	$312,709	3	$47,610	$604,623

Dado en Bogotá a los veintiseis(26) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	"Revisiones de Seguimientos Presenciales 158 Caractrerizaciones 0 Revisión de sesiones Colectivas 10 Revisión de sesiones de medicina Ancestral 20 "	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS "	Realizar revision de la entrega de 158 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 158 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
"Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred"	Realizar revision de la entrega de 158 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 158 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación	Participar en acciones de control social, información, sensibilización y educación, y de veeduria mensualmente	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Realizar seguimiento a la canalización	Revisar el formato de canalización y envió de forma oportuna y correcciones que se requieran	Formato de Canalizaciones
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Realizar la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Actas y listados de asistencia de concertaciones
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud"	Reunion mensual de equipo de abordaje etnico diferencial 08/03/2023 y participacion en la reunion del Entorno 23/03/2023 y las que sean citadas por SDS u otras instancias	Actas y Listados de Asistencias de Participación
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	Partiticipar y Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	Actas y Listados de Asistencias de Participación
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Fortalecer acciones con las familias y comunidad abordada de 32 familias y sesiones colectivas o medicina Ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado	Realizar revision de la entrega de 158 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 158 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	Realizar revision de la entrega de 158 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 158 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"

Copia Controlada Subred Suroccidente

Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control	Realizar revision de la entrega de 158 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 158 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)"	Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado"

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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 Surocciente

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 03/ 2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ESMERALDA AVILA SANCHEZ

C.C 52126003 DE Bogotá

La suma de: $4.234.263 Cuatro millones doscientos treinta y cuatro mil y doscientos sesenta y tres pesos MCTE), por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de Apoyo como PROFESIONAL DE APOYO OPERATIVO A LA GESTIÓN dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E) durante el periodo de 1 al 26 de Marzo 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2213 - 2023



Esmeralda Ávila Sánchez

C.C. 52126003 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7300678757

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 03/ 2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ESMERALDA AVILA SANCHEZ

C.C 52126003 DE Bogotá

La suma de: $697080 (Seiscientos noventa y siete mil ochenta pesos MCTE), por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de Apoyo como PROFESIONAL DE APOYO OPERATIVO A LA GESTIÓN dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E) durante el periodo de 27 al 31 de Marzo 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2213 - 2023



Esmeralda Ávila Sánchez

C.C. 52126003 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7300678757

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	52126003	ESMERALDA AVILA SANCHEZ	CRA 45B 40 56 SUR	7104102	esmeraavila@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	09/03/2023	66224234	$582.700	

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	244.400	0		0		0	7	2.100	0	246.500	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	312.800	0	0	0	0	7	2.700	0	315.500	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	20.500				20.500	7	200	20.700			205	20.700	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	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	244.400	246.500
Pensión	1	312.800	315.500
Riesgos Laborales	1	20.500	20.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	577.700	582.700

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	52126003	ESMERALDA AVILA SANCHEZ		CRA 45B 40 56 SUR	7104102	esmeraavila@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	09/03/2023	66224234	$582.700	

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	52126003	AVILA SANCHEZ ESMERALDA	59	0			N																	25-14	1.955.000	312.800	0	0	0	0	EPS017	1.955.000	244.400	14-11	1.955.000	2	20.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52126003	ESMERALDA AVILA SANCHEZ	CRA 45B 40 56 SUR	7104102	esmeraavila@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	09/03/2023	66224234	$582.700	

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	244.400	0		0		0	7	2.100	0	246.500	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	312.800	0	0	0	0	7	2.700	0	315.500	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	20.500				20.500	7	200	20.700			205	20.700	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	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	244.400	246.500
Pensión	1	312.800	315.500
Riesgos Laborales	1	20.500	20.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	577.700	582.700

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	52126003	ESMERALDA AVILA SANCHEZ		CRA 45B 40 56 SUR	7104102	esmeraavila@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	09/03/2023	66224234	$582.700	

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	52126003	AVILA SANCHEZ ESMERALDA	59	0			N																	25-14	1.955.000	312.800	0	0	0	0	EPS017	1.955.000	244.400	14-11	1.955.000	2	20.500		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:	ESMERALDA AVILA SANCHEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52126003		
CORREO ELECTRONICO:	esmeraavila@yahoo.com				CELULAR:	7197739		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO VIVIENDA HOGAR PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K27-1	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300678757				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	2213			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1163	FECHA	2023-05-17 10:51:45.000	NÚMERO DE CRP	22911	FECHA	2023-05-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-03-27		2023-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$697,080						
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$19,576,895
VALOR EJECUTADO	$9,817,763
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$697,080
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,759,132
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
66224234	$1,954,432	$244,304	$312,709	3	$47,610	$604,623

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	"Revisiones de Seguimientos Presenciales 24 Caractrerizaciones 0 Revisión de sesiones Colectivas 6 Revisión de sesiones de medicina Ancestral 6 "	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS "	Revisiones de Seguimientos Presenciales 24 Caractrerizaciones 0 Revisión de sesiones Colectivas 6 Revisión de sesiones de medicina Ancestral 6 "	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
"Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred"	Revisiones de Seguimientos Presenciales 24 Caractrerizaciones 0 Revisión de sesiones Colectivas 6 Revisión de sesiones de medicina Ancestral 6 "	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación	Participar en acciones de control social, información, sensibilización y educación, y de veeduria mensualmente	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y Listados de asistencia"
Realizar seguimiento a la canalización	Revisar el formato de canalizacion y envio de forma oportuna y correcciones que se requieran	Formato de canalizaciones
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Realizar la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Actas y listados de asistencia de concertaciones
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud"	Reunion mensual de equipo de abordaje etnico diferencial 08/03/2023 y participacion en la reunion del Entorno 30/03/2023 y 31/03/2023las que sean citadas por SDS u otras instancias	Actas y Listados de Asistencias de Participación
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	Partiticipar y Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	Actas y Listados de Asistencias de Participación
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Fortalecer acciones con las familias y comunidad abordada de 24 familias y sesiones colectivas o medicina Ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado	Realizar revision de la entrega de 24 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 24 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 6 y 6 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	Realizar revision de la entrega de 24 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 24 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 10 y 20 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"

Copia Certificada Subred Suroccidente

Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control	Realizar revision de la entrega de 24 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 24 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 6 y 6 sesiones de medicina ancestral	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterizacion social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado Actas y listados de asistencia"
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)"	Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	" Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiarconcertado"

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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