

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                     |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | catalina reyes simarra              |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                 | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1044920822 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | caresisardi@hotmail.com             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3234833878 |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A           |                                     |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 17500002081               |                                     |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4313                      |                                     |                     | VIGENCIA                         |               | 2022                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 81                | FECHA                     | 2023-01-02 00:00:00.000             | NÚMERO DE CRP       | 3669                             | FECHA         | 2023-01-04 20:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | GESTOR COMUNITARIO        |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                               | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     | 2023-01-01          |                                  |               | 2023-01-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                     | \$2,437,099         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                     |                     | VALORES                          |               |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                     |                     | \$21,830,082                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                     |                     | \$21,830,082                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                     |                     | \$2,437,099                      |               |                                                                                     |            |
| 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC             | NIVEL ARL           | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 1051256365                                                                                                                                                                                                                                                   | \$974,840         | \$121,855                 | \$155,974                           | 3                   | \$23,747                         | \$301,576     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO<br>1019014847<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. | Familias de seguimiento 40 Seguimientos Presenciales 40 Caracterizaciones 22 Sesiones colectivas 2 Sesiones de medicina Ancestral 8                                                                                                                                                           | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Formato de sesiones colectivas Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado |
| 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-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar Activaciones de Ruta si se presentan Eventos de Interés en Salud pública                                                                                                                                                                                                             | Formato de activación de rutas                                                                                                                                                               |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Seguimiento a a las activaciones de rutas realizadas por los profesionales de los equipos interdisciplinarios                                                                                                                                                                                 | Matriz de Seguimiento familiar                                                                                                                                                               |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.                                                                                                                                                                                                                                                   | Este mes no se realiza reporte en este mes                                                                                                                                                                                                                                                    | Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública                                                                                                                            |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.                                                                                                                                                                             | Seguimiento telefonico a 40 y 40 seguimientos presenciales a familias intervenidas por el tecnico ambiental brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. Sesiones colectivas 2 Sesiones de medicina Ancestral 8         | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Formato de sesiones colectivas Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.                                                                                                                                                                     | Realizar entrega de 40 seguimientos presenciales en fisico y Entrega de Magnetica de 40 seguimientos telefonicos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos. Sesiones colectivas 2 Sesiones de medicina Ancestral 8 | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Formato de sesiones colectivas Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado |
| Asumir el 020% 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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.                                                                                               | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada                                                                                                                                                           | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Formato de sesiones colectivas Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.                                                                                                                              | Participación en reunión de equipo el 18/01/2023 , y asistencias técnicas programadas Participación en la Inducción presencial de la Subred Suroccidente y Profesional de apoyo                                                                                                               | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación                                                                                                                                   |

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 12/ 2022

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CATALINA REYES SIMARRA

C.C 1.044.920.822 DE ARJONA BOLIVAR

**La suma de: \$\$2.437.099** Dos millones cuatrocientos treinta y siete mil noventa y nueve PESOSMCTE), por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de Apoyo como Gestor Comunitario- Sabedora 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 31 diciembre conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios  
No 4313 - 2022



---

CATALINA REYES SIMARRA

C.C. 1.044.920822 DE ARJONA

CUENTA DE AHORRO BANCO BANCOLOMBIA

NÚMERO 175-000020-81

PAGADO 02/01/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                        |                    |                     |
|---------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | CATALINA REYES SIMARRA |                    |                     |
| Documento           | CC1044920822           | Dirección          | CL 2A #5 A - 36     |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE          | Teléfono           | 3234833878          |
| Tipo Persona        | NATURAL                | Forma Presentación | ÚNICO               |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.            | Departamento       | BOGOTA D.C.         |
| Representante Legal |                        | Identificación     |                     |
| Total Afiliados     | 1                      | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                        |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |          | Riesgos  |                |              | Cajas          |                          |              | Parafiscales |        |              |                | Total                |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres    | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | SVT | SGE | LME | UMA | VAC | VAP | VCT | IND       | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Administradora | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora           | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1044920822      | CATALINA REYES SIMARRA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 30       | 30       | 30       | 0        | (230301) | PORVENIR       | \$ 1.000.000 | \$ 160.000     | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.000.000 | \$ 125.000   | 2,436  | \$ 1.000.000 | \$ 24.400      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 309.400 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.000.000 | \$ 1.000.000 | \$ 1.000.000 | \$ 0      | \$ 160.000      | \$ 125.000    | \$ 24.400       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 309.400                     | \$ 0                    | \$ 309.400  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!