| 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: | Steven Alejandro Castañeda Angulo | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012392959 | |
| CORREO ELECTRONICO: | stvn9210@gmail.com | | | | CELULAR: | 7804414 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO36K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570451870094278 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6569 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 788 | FECHA | 2023-04-12 10:27:35.000 | NÚMERO DE CRP | 19440 | FECHA | 2023-04-17 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO AMBIENTAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-08-01 | | 2022-08-15 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,116,221 | | | | |
| 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: | $12,352,846 |
| VALOR EJECUTADO | $12,352,846 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,116,221 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9437987750 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Agosto de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se asistió a la totalidad de las actividades programadas para este período dentro del marco de reuniones de apertura | Acta y listado de asistencia de participación |
| Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. | Se dio cumplimiento con la realización, aplicación y asesoramiento de los planes y comité de cuidado de acuerdo a los lineamientos distritales y del modelo de salud siguiendo los estándares institucionales de tal forma que se brindó un adecuado servicio a la operación | Actas de entrega y bases en magnético de los planes de cuidado de las actividades realizadas durante la operación del modelo de salud, que se encuentran debidamente organizadas en medio físico |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas. | Se realizó sensibilización y socialización de los planes de cuidado y las recomendaciones generadas por los médicos, el equipo base y el equipo complementario de acuerdo a la guía operativa del nuevo modelo de salud | Actas de entrega y bases en magnético de los planes de cuidado de las actividades realizadas durante la operación del mod |
| . Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. | Se genera y se elabora plan de cuidados para ayudar a la comunidad abordada a disminuir las diferentes problemáticas que presentaban las familias | Actas de entrega y bases en magnético de los planes de cuidado de las actividades realizadas durante la operación del modelo de salud, que se encuentran debidamente organizadas en medio físico |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | Se participó en las jornadas de inducción y capacitación del nuevo modelo de salud | Actas de entrega y bases en magnético de los planes de cuidado de las actividades realizadas durante la operación del modelo de salud, que se encuentran debidamente organizadas en medio físico |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. | Se realizó participación en las respectivas reuniones, organizadas por los líderes territoriales, recibiendo asistencia técnica por parte del nuevo modelo de salud | Acta y listado de asistencia de participación en custodia del líder territorial |
| . 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. | Se asistió a las diferentes reuniones, organizadas por los líderes territoriales, donde brindaron información relacionada con la operación del nuevo modelo de salud, fortaleciendo las capacidades de autogestión | Se asistió a las diferentes reuniones, organizadas por los líderes territoriales, donde brindaron información relacionada con la operación del nuevo modelo de salud, fortaleciendo las capacidades de autogestión |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Se realizan los ajustes o correcciones pertinentes, de acuerdo a los lineamientos y directrices de los líderes territoriales | Actas de entrega y recepción de las actividades |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control. | Todos los soportes se encuentran organizados, pero no han sido requeridos en el momento, para auditoría con la SDS. | Actas de entrega y recepción de las actividades |
| Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Se realiza entrega de cronograma de actividades mensuales | Informe de inventario, en medio magnético. |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Se participa en cada una de las reuniones, convocadas por los líderes territoriales y Dirección de Gestión del Riesgo | Acta y listado de Asistencia de participación, en custodia del líder territorial. |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Se brinda el mejor servicio con calidad humana, llevando siempre la chaqueta institucional y el carnet institucional. | Portar adecuadamente el carnet y la chaqueta Institucional. |
| .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. | Se realiza entrega de los soportes documentales en físico y magnetico requeridos. | Actas de entrega y bases en magnético, planes de cuidado, de las actividades realizadas durante la operación del Modelo de Salud, que se encuentran debidamente organizadas, en medio físico. |
| Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos. | Se realiza entrega de los soportes documentales en físico y magnetico requeridos. | Actas de entrega y bases en magnético, planes de cuidado, de las actividades realizadas durante la operación del Modelo de Salud, que se encuentran debidamente organizadas, en medio físico. |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | Se brinda el mejor servicio con calidad humana, llevando siempre la chaqueta institucional y el carnet institucional. | Actas de entrega y bases en magnético, planes de cuidado, de las actividades realizadas durante la operación del Modelo de Salud, que se encuentran debidamente organizadas, en medio físico. |

Copia Certificado Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central. | Se participa en cada una de las reuniones, convocadas por los líderes territoriales y Dirección del Gestión del Riesgo | Acta y listado de Asistencia de participación, en custodia del líder territorial. |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Se participa en cada una de las reuniones, convocadas por los líderes territoriales y Dirección del Gestión del Riesgo | Acta y listado de Asistencia de participación, en custodia del líder territorial. |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en su componente territoria | Se resguardan y optimizan los insumos entregados para la ejecución de las actividades | Acta y listado de recepción de insumos |
| .Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Se cumple con la normativa de gestión documental institucional socializada por los líderes territoriales | Acta y listado de Asistencia de participación, en custodia del líder territorial. |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012392959 | | CASTAÑEDA ANGULO STEVEN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 77J N° 65A - 90 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3105790873 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-07 | 2022-07 | 15058793 | 9437987750 | I | 2022/08/12 | 2022/08/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $331,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $20,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $20,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $20,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1012392959 | CASTAÑEDA STEVEN | 25-14 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS008 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | CCF22 | 30 | $1,000,000 | $20,000 | 14-11 | 30 | $1,000,000 | $24,400 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $20,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012392959 | | CASTAÑEDA ANGULO STEVEN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 77J N° 65A - 90 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3105790873 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-07 | 2022-07 | 15058793 | 9437987750 | I | 2022/08/12 | 2022/08/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $331,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $900 | $0 | $160,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $160,000 | $900 | $0 | $160,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,400 | $200 | $0 | $24,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $24,400 | $200 | $0 | $24,600 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $20,000 | $200 | $0 | $20,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $20,000 | $200 | $0 | $20,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $700 | $0 | $125,700 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $125,000 | $700 | $0 | $125,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$329,400** | **$2,000** | **$0** | **$331,400** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**A FACTURA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**STEVEN ALEJANDRO CASTAÑEDA ANGULO**

**C.C 1.012.392.959 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 1.116.221, por concepto de: Prestación de Servicios de Salud como Técnico ambiental durante el periodo del 01 al 15 de agosto de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6569-2022.



**Nombre de contratista**

**C.C. 1.012.392.959 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570451870094278**