| 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: | NAYIBE QUITIAN VARGAS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030588149 | |
| CORREO ELECTRONICO: | n-quitian@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3167734792 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ESPACIO VIVIENDA INSTITUCIONAL PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K27-2 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62415586146 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2416 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1488 | FECHA | 2023-06-27 12:30:36.000 | NÚMERO DE CRP | 32217 | FECHA | 2023-06-30 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-02-01 | | 2023-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,736,514 | | | | |
| 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: | $6,974,826 |
| VALOR EJECUTADO | $3,736,514 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,736,514 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,238,312 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 54% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9446020033 | $1,494,606 | $186,826 | $239,137 | 3 | $36,409 | $462,371 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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 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 REQUERIDO Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LAS SUB RED SUROCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. | REALIZAR CARACTERIZACIÓN DE 40 HCB DE LAS LOCALIDADES DE BOSA Y KENNEDY | FORMATO DE CARACTERIZACIÓN, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS |
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN CON BASE DE LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS – ESE. | REALIZAR CARACTERIZACIÓN DE 40 HCB DE LAS LOCALIDADES DE BOSA Y KENNEDY | FORMATO DE CARACTERIZACIÓN, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS |
| REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS MENORES DE 5 AÑOS CANALIZADOS CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGO ESTABLECIDOS EN PLAN CHOQUE. 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. | Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo | Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email |
| NOTIFICAR TODOS LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC | Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| 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. | Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores. | Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| INFORMAR A LOS INDIVIDUOS FAMILIAS Y/O COLECTIVOS SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS RESPECTO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. | Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores. | Diligenciamiento de acta |
| FACILITAR LOS PROCESOS DE VEEDURÍA CIUDADANA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN | No se programó actividad | No aplica |
| REALIZAR ENTREGA DE SOPORTES Y VELAR POR LA CUSTODIA DE LOS MISMOS. REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PRE AUDITORÍAS DE REFERENTES DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS . ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA | Entrega de formatos de caracterización y sesiones colectivas, fechas de ingreso correspondientes a los perfiles, se realiza el registro manteniendo la calidad de la información | Formato de acta |
| ASUMIR EL 100 % DE LA 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, COMUNITARIA, INSTITUCIONALES ,LOCALES) PROGRAMADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE ESE. | Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias | Formato de acta |
| PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA JORNADA DE SALUD PÚBLICA (VACUNACIÓN, COMUNITARIA, INSTITUCIONALES ,LOCALES) PROGRAMADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE 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 SUBRED SUROCCIDENTE ESE COMO DE LA SDS. | Participación en reunión de equipo, conversatorios, apropiación conceptual de lineamientos y asistencias técnicas programadas por SDS para el mes | Listado de acta |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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

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 1030588149 | | QUITIAN VARGAS NAYIBE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 65 J SUR N°77 N -14 PISO 4 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-01 | 1920459002 | 9446020033 | I | 2023/02/10 | 2023/02/16 | BANCOLOMBIA | 6 | $466,000 |

**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)** | | | | | $1,494,606 | $239,200 | | | $1,494,606 | $186,900 | | | $0 | $0 | | | $1,494,606 | $36,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,494,606 | $239,200 | | | $1,494,606 | $186,900 | | | $0 | $0 | | | $1,494,606 | $36,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,494,606 | $239,200 | | | $1,494,606 | $186,900 | | | $0 | $0 | | | $1,494,606 | $36,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1030588149 | QUITIAN NAYIBE | 25-14 | 30 | $1,494,606 | $239,200 | EPS008 | 30 | $1,494,606 | $186,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,494,606 | $36,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,494,606 | $239,200 | | | $1,494,606 | $186,900 | | | $0 | $0 | | | $1,494,606 | $36,500 | | $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 1030588149 | | QUITIAN VARGAS NAYIBE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 65 J SUR N°77 N -14 PISO 4 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-01 | 1920459002 | 9446020033 | I | 2023/02/10 | 2023/02/16 | BANCOLOMBIA | 6 | $466,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $239,200 | $1,700 | $0 | $240,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $239,200 | $1,700 | $0 | $240,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,500 | $300 | $0 | $36,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $36,500 | $300 | $0 | $36,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $186,900 | $1,400 | $0 | $188,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $186,900 | $1,400 | $0 | $188,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $462,600 | $3,400 | $0 | $466,000 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 02/2023

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

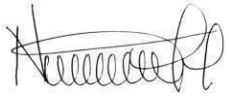
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NAYIBE QUITIAN VARGAS

CC 1.030.588.149 de Bogotá

La suma de $ 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE, por concepto de servicios COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA durante el periodo del 1 al 28 De febrero de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación deservicios No 2416-2023



NAYIBE QUITIAN VARGAS

C.C. 1.030.588.149 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62415586146