

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			hasbleidy julieth castro martha					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1023025933
CORREO ELECTRONICO:			julieth16.jcm@gmail.com			CELULAR:		3157966387
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ESPACIO TRABAJO PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K28	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488403380139				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2446			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2023-07-24 10:15:07.000		NÚMERO DE CRP	37319	FECHA	2023-07-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2023-07-01			2023-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$3,998,070			
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:					\$31,159,297			
VALOR EJECUTADO					\$30,326,650			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$3,998,070			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$832,647			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					97%			
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	
69349722	\$2,207,640	\$275,955		\$353,222	3	\$53,778	\$682,956	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MARIBEL CORTES SUAREZ 51958251 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
"1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos "	Realizar Visitas y Asesoría a 3 utis bajas con 1 y 2 asesoría, 45 niños, 39 adolescentes, 42 utis medias de la localidad de Bosa por parte de Enfermería. Realizar y enviar informe diario semanal garantizando la calidad de los datos.	Realizar Visitas y Asesoría a 3 utis bajas con 1 y 2 asesoría, 45 niños, 39 adolescentes, 42 utis medias de la localidad de Bosa por parte de Enfermería. Realizar y enviar informe diario semanal garantizando la calidad de los datos.
2. realizar seguimiento a menores de cinco años canalizados con identificación del riesgo establecidos en el plan de choque	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos, Canalizaciones de la subred suroccidente.	No se realiza canalización en el mes
"3. realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS"	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos, Canalizaciones de la subred suroccidente.	No se realiza canalización en el mes
4. notificar todos los eventos de interés en salud pública	Se realiza educación y canalización según corresponda a los casos intervenidos. Se informa sobre pandemia COVID 19.	Formatos de activación de ruta y registro de asesorías.
"5. realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública"	No aplica	No aplica
"6. 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 en instituciones distintas al sector salud,"	Se realiza canalización según corresponda a los casos intervenidos	Formatos de activación de ruta y registro de asesorías.
7. informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	educación en nna abordados durante este periodo y sus familias	fichas técnicas, actas y listado de asistencias, ficha de caracterizaciones, asesorías de nna
8. facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión, participar activamente en las jornadas de salud pública programadas por la sub red sur occidente, seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación	En este mes no se realiza veeduría	En este mes no se realiza veeduría
9. realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	documentos debidamente diligenciados para el desarrollo de las actividades del presente contrato	fichas técnicas, actas y listado de asistencias, ficha de caracterizaciones, asesorías de nna
10. realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorías del referente del espacio,	entrega de soportes de asesorías de nna debidamente organizados y con calidad requerida	fichas técnicas, actas y listado de asistencias, ficha de caracterizaciones, asesorías de nna
11. realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos , alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Listados de asistencia.
12. asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS, asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista, velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Formatos de registro de visita y Asesorías por Enfermería de la localidad de Bosa. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento.
13. dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales.	Participar en capacitaciones de seguridad al paciente	Listados de asistencia.
14. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Formatos de registro de visita y Asesorías por Enfermería de la localidad de Bosa. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento.
15. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno	No aplica	No aplica
16. Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación	Participar en capacitaciones de seguridad al paciente	Listados de asistencia.

MARIBEL CORTES SUAREZ
51958251
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023025933	HASBLEIDY JULIETH CASTRO MARTHA		KRA 9 81 B 80 SUR	3157966387	julieth16.jcm@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	69349722	TOTAL A PAGAR \$729.300

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	276.000	0		0		0	2	700	0	276.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	353.300	0	0	0	0	2	900	0	354.200	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	53.800				53.800	2	200	54.000			538	54.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF22	Colsubsidio				860007336-1	44.200	2
						200	44.400
							1

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	276.000	276.700
Pensión	1	353.300	354.200
Riesgos Laborales	1	53.800	54.000
CCF	1	44.200	44.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	727.300	729.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023025933	HASBLEIDY JULIETH CASTRO MARTHA		KRA 9 81 B 80 SUR	3157966387	julieth16.jcm@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	69349722	10
					TOTAL A PAGAR
					\$729.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023025933	CASTRO MARTHA HASBLEIDY JULIETH	59	0			N																	230301	2.207.628	353.300	0	0	0	0	EPS017	2.207.628	276.000	14-11	2.207.628	3	53.800	CCF22	2.207.628	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 07/2023

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

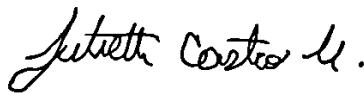
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HASBLEIDY JULIETH CASTRO MARTHA

CC 1023025933 DE BOGOTÁ DC

La suma de \$ 3.998.070 (TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CERO SETENTA PESOS) por concepto de servicios PROFESIONAL EN ENFERMERÍA-PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 (OPERATIVO) durante el periodo de 01 al 31 de julio del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°2446-2023



HASBLEIDY JULIETH CASTRO MARTHA

CC 1023025933 DE BOGOTÁ DC

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488403380139

1

Ejecución del Contrato

8

Modificaciones del Contrato

9

Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	secop.zip	secop.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	febrero 2023.pdf	febrero 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	febrero 2023 adicional.pdf	febrero 2023 adicional.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo 2023.pdf	marzo 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo adicional 2023.pdf	marzo adicional 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo 2023 adicional 2.pdf	marzo 2023 adicional 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril 2023.pdf	abril 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril 2023 adicional.pdf	abril 2023 adicional.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mayo2023_merged.pdf	mayo2023_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO2023.pdf	JUNIO2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar