| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LILLIBETH CASTRO AMORTEGUI | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52431346 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lillibeth_76@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3219956165 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24079446855 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5143 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1990 | FECHA | 2023-08-28 15:52:59.000 | NÚMERO DE CRP | 43594 | FECHA | 2023-08-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,460,448 | | | | | | |
| 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: | $12,302,240 |
| VALOR EJECUTADO | $12,302,190 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,448 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $50 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1056771349 | $984,179 | $123,022 | $157,469 | 3 | $23,975 | $304,466 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. 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 |
|---|---|---|
| "1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnologo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, 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 cumple a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional de procesosde admisiones conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, 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 " | Se entregan informes diarios ,semanales y mensuales sobre el proceso de facturacion en cuanto a productividad del area por facturador y localidad ,revision de historias clinicas. |
| "2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. " | Se da Desarrollo a las acciones de control social, información, sensibilización, educación, canalización y seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas que se identifiquen durante el proceso de facturacion | Se sensibiliza a los facturadores de la importancia que tienen las familias abordadas en derechos y deberes,informacion e intereses en salud publ |
| "3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. " | N7A | N/A |
| " 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred." | Se Participa activamente en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. | Lista de asistencia . |
| " 5. 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 realiza acciones de informacion al grupo de facturacion para impulsar al a comunidad a participar y fortalecer capacidades por el derecho a la salud . | Se cumple con las actividades designadas |
| " 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o lider del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. " | Realizar ajustes, entrega de informes,capacitaciones ,retroalimentaciones al grupo de facturacion, de manera oportuna cuando sean requeridas acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. | Se entregan ajustes, entrega de informes,capacitaciones ,retroalimentaciones al grupo de facturacion, de manera oportuna cuando sean requeridas acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. |
| "7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control." | Realizar soportes de seguimiento a facturacion, revision del 10% a las facturas generadas y entregarlos a lider del area . | Se entregan soportes de seguimiento a facturacion,revision del 10% a las facturas generadas y entregarlos a lider del area . |
| "8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos." | Realizar cronogramas mensuales para el equipo facturacion e informes para desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Se realiza enterga cronogramas mensuales para el equipo facturacion e informes para desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. |
| "9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. " | Reportar oportunamente sobre cualquier eventualidad en facturacion que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Se reportan eventualidades a lideres del programa correspondiente a la localidad . |
| "10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones." | Se vela el mantenimiento de la imagen institucional . | Se mantiene la buena imagen de la institucion. |
| "11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. " | Se ejerce los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades de facturacion con el objeto del contrato. | Se ejerce los princíos en el desarrollo en del objeto del contrato. |
| "12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas." | Estar atentos y dar respuesta a quejas e inquietudes de facturacion ,de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. | Se da respuesta respuesta a quejas e inquietudes de manera oportuna cuando son requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. |
| "13. Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. " | Dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | Se mantien un optimo uso de los aquipos y/o los elementos asignadar para cumplir con las obligacione |

Copia Certificado Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| "14.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.." | Cumplir la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes de facturacion , requeridos durante la ejecución del convenio | Se cumple con las acvidades designadas |

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-18, 05: PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1056771349

Periodo Cotización: agosto de 2023 | Periodo Servicio: agosto de 2023 | Referencia pago 8837863010

PAGADA 07/09/2023

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | LILLIBETH CASTRO AMORTEGUI | | |
| Documento | CC52431346 | Dirección | CL 86C #49 C - 39 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3219956165 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICA |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | 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 52431346 | LILLIBETH CASTROAMORTEGUI | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION | $1.160.000 | $185.600 | EPS SANITAS | $1.160.000 | $145.000 | 0.02436 | $1.160.000 | $28.300 | COMPENSAR CCF | $1.160.000 | $23.200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $382.100 |

## 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) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | $1.160.000 | $1.160.000 | $1.160.000 | $185.600 | $145.000 | $28.300 | $23.200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $382.100 | $0 | $382.100 |



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! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

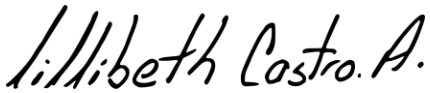
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Lillibeth Castro Amortegui**

**C.C 52431346 de Bogotá**

La suma de Dos millones cuatrocientos sesenta mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos M/CTE. ($ 2.460.448), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como Auxiliar de enfermería en la PRESTACION DE SERVICIOS TECNICO EN ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo de 1 al 30 de septiembre 2023, conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5143-2023



**Lillibeth Castro Amortegui**

**C.C 52431346 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO** 24079446855