| 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: | NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52214528 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Dana_3076@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3153364653 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA USS OLARTE | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | PA31K33-5 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO COLPATRIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4752014489 | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8390 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 143 | FECHA | 2023-01-17 16:18:14.000 | NÚMERO DE CRP | 13012 | FECHA | 2023-01-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-12-01 | | 2022-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,299,448 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | | 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: | $9,197,792 |
| VALOR EJECUTADO | $9,197,792 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,299,448 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1049969922 | $919,779 | $114,972 | $147,165 | 3 | $22,406 | $284,543 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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 especializado, profesional, técnico y/o bachiller 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. | Colaborar con el equipo complementario con las actividades que realizan dando apoyo desde mi perfil profesional y mi conocimiento brindando al momento de la entrega de planes de cuidado y comité de cuidado | - Acta de comité de cuidado, y matriz de entrega de planes de cuidado |
| 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. | - Activar rutas de canalización que maneje la subred para la atención de usuarios | - Ficha de activación de ruta y canalización |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. | - Brindar orientación a los usuarios al momento de la entrega de los planes de cuidado para reducir los problemas que las familias presentan | - Matriz de entrega de planes de cuidado y firma de usuarios al momento de recibir los planes de cuidado |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | - Generar una atención humana con las familias caracterizada al momento de explicarles los planes de cuidado y las recomendaciones que entrega el equipo complementario | - Matriz de entrega de planes de cuidado y firma de usuarios al momento de recibir los planes de cuidado |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. | - Asistir a las reuniones técnicas que brinda la SDS con respecto a las labores ejercidas en el modelo de salud territorial | - Acta de asistencia |
| 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. | - Ejercer habilidades de autogestión y liderazgo al momento de realizar y activar rutas de canalización, y escuchar a las familias caracterizadas | - Matriz de familias caracterizadas, matriz de entrega de planes de cuidado, planes de cuidado |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. | - Realizar e informar de ajustes pertinentes que se deben realizar a las familias caracterizadas | - Matriz de familias caracterizadas |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control. | - Tener al día archivos y planes de cuidados entregados de los respectivos equipos para revisión | - Acta de entrega de productos o de productos escaneados para auditoria |
| Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. 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. | - Entregar cronograma de actividades realizadas según los lineamientos del modelo de salud territorial | - Acta de entrega de productos |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | - Portar bien los equipos que brinda la institución | - Buen uso de carnet, chaqueta y uniforme |
| 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. | - Realizar la entrega de productos realizados según lineamiento del componente de salud territorial | - Acta de entrega de productos |
| Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos. | - Realizar la entrega de productos realizados según lineamiento del componente de salud territorial | - Acta de entrega de productos |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | Brindar siempre los principios de autogestión de los productos que se realizan | - Acta de entrega de productos |
| Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o de nivel central. | - Asistir a las reuniones que realizar el líder o gestor del proyecto | - Acta de asistencia a reuniones |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Atender las diferentes problemáticas que se puede presentar con las familias caracterizadas y generar la respectiva psico orientación con relaciona a ellas | - Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas, visitas realizadas y planes de cuidado |
| Resguardar y 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. | - Tener equipos de cómputo en buen estado para la realización de actividades | - Acta de entrega de productos |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | - Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en el modelo de salud territorial salud a mi barrio | - Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas , visitas realizadas y planes de cuidado |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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:** 2022-12-02, 04:53:02 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1049969922

**Periodo Cotización:** noviembre de 2022 **Periodo Servicio:** noviembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8832826580

**PAGADO 02/12/2022**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL | | |
| **Documento** | CC52214528 | **Dirección** | CR 31C #1 - 28 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5788895 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## 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 | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | 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 52214528 | NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.000.000 | $ 160.000 | (EPS017) FAMISANAR 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.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE DICIEMBRE/2022

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL

CC. 52.214.528 De Bogotá

La suma de $2’299.448 dos millones doscientos noventa y nueve mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos M/C, por concepto de servicios Auxiliar de enfermería durante el periodo del 01/12/2022 al 31/12/2022, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 8390-2022.

Narda G Nieto E

NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL

CC 52.214.528 De BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 4752014489