| 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: | Hortensia moreno cardenas | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 51750833 | |
| CORREO ELECTRONICO: | hortensiamorenoc@yahoo.es | | | | CELULAR: | 6400292 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | NUTRICION Y DIETETICA 51 ZONA FRANCA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO08A35 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8480280513 | | | | PENSIONADO | SI | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1451 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2696 | FECHA | 2023-11-01 15:56:28.000 | NÚMERO DE CRP | 58750 | FECHA | 2023-11-09 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | NUTRICIONISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,688,938 | | | | |
| 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: | $29,511,504 |
| VALOR EJECUTADO | $22,133,628 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,688,938 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7,377,876 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1057375981 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 2 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VIVIANA TEJERA PALACIO
22583125
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 |
|---|---|---|
| ) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente | se realizo la atencion oportunay puntual a los pacientes de consulta externa programados en la agenda mensual | Registro de historia clinicadiligenciada de manera oportuna |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | se cumplio con las exigencias legales y eticas par el adecuado manejo de la historia clinica | registro de diagnostico y plan de tratamiento en la historia clinica |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Se realizo valoracion nugtricional a los pacientes que asistieron a consulta externa programada por medio d ela toma de datos antropometricos anamnesis alimentariay e realizzo el diagnostico y con base en estese realizo wl plan de tratamiento de cada paciente.teniendo en cuenta las guias clinicas estandarizadas en los pa cientes de consulta externa y plan de tratamiento para mejorar la patologi apor la que se consulto | Registro de diagnostico, plan de tratamienrto e indicaciones dadas al paciente en lka historia clinica |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred | Se asistio al conversatorio y ala ULC realizadas en el mes de octubre | Listado de asistencia y realizacion del pre test y post test de cada una de las reuniones |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | no se realizo la actividad | No aplica |
| ) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7 | No se realizo la actividad | No aplica |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos nutricionales de los pacientes. | No se realizo la actividad | No aplica |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se diligenciao de manera completa, legible y oportuna la historia clinica de acuerdo ocn la normatividad | Registro de historia clinica completa y oportuna de acuerdo con la normatividad |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Se realizo el procedimiento a cada uno de los pacientes segun los criterios establecidos para la atencion | Registro en historia clinica procedimientos y plan de manejo |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | No se realizo la actividad | No aplica |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | se dio a conocer a c ada paciente y su familiael diagnostico, plan de tratamoento y pronosticodel caso consultado, socializando el plan casero especifico para la patologia | Regsitro de entrega del plan casero, plan de tartamiento y pronostico a paciente y familiares |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Se realizo informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y se entrega al supervisor del contrato para verificacion del cumplimiento | Informe mensual |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | no se realizo la actividad | no aplica |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Se asistio al conversatorio y ala ULC realizadas en el mes de octubre | Listado de asistencia y realizacion del pre test y post test de cada una de las reuniones |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | No se realizo la actividad | No aplica |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | No se realizo la actividad | No aplica |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | No se realizo la actividad | Nio aplica |
| ) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No se realizo la actividad | No aplica |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se entrega con esta cuenta de cobro | Planilla de pago seguridad social |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | No se realizo la actividad | No aplica |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

VIVIANA TEJERA PALACIO
22583125
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-

DEBE A:

HORTENSIA MORENO CARDENAS

C.C 51750833 DE BOGOTÀ

La suma de $ 3.688.938 tres millones seiscientos ochenta y ocho mil novecientos treinta y ocho pesos m/cte., por concepto de: Prestación de Servicios como nutricionista en el Área de consulta programada en CAPS Zona Franca con un total de 186 horas, valor hora de $ 19.833 durante el periodo de 1 al 31 de Octubre del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **-1451-2023**

HORTENSIA MORENO CARDENAS

C.C 51.750.833 DE BOGOTÀ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008480280513

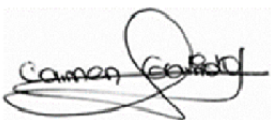
**RADICADO** 2023_51750833

## GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
## DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
## CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **HORTENSIA MORENO CARDENAS** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **51750833** y número de Afiliación **951750833100**, esta Administradora mediante resolución No. **199195** de **2021** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03** registrando fecha de ingreso a nómina **Septiembre** de **2021.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 09 de octubre de 2023.



**CARMEN PATRICIA GARRIDO RODRIGUEZ**
Directora de Nómina de Pensionados (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-10-04, 04:15:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057375981

**Periodo Cotización:** septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8842138920

## PAGADO 03/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HORTENSIA MORENO CARDENAS | | |
| **Documento** | CC51750833 | **Dirección** | CR 7 66 10 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3144291321 |
| **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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | Apo Minis |
| C 51750833 | HORTENSIA MORENO CARDENAS | 59 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.475.600 | $ 184.500 | 2,436 | $ 1.475.600 | $ 36.000 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 1.475.600 | $ 1.475.600 | $ 0 | $ 0 | $ 184.500 | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 220.500 | $ 0 | $ 220.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.