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:	DIANA ALEJANDRA VARGAS PEREZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030544954		
CORREO ELECTRONICO:	dalejandravargasp@gmail.com				CELULAR:	3866955		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K26	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550473000070622					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3070			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	3045	FECHA	2023-12-14 11:31:00.000	NÚMERO DE CRP	68453	FECHA	2023-12-15 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-12-01		2023-12-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,228,106						
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:	$54,430,935
VALOR EJECUTADO	$53,920,215
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,228,106
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$510,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
7898184937	$2,091,242	$261,405	$334,599	3	$50,943	$646,947

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

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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
Revisión y apropiación de conocimientos.	NO APLICA.	NO APLICA.
Realizar mesa de trabajo de gestoras de lactancia materna de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud durante los primeros 30 días de la vigencia.	NO APLICA.	NO APLICA.
Envío a mpfajardo@saludcapital.gov.co el plan de acción de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna de la vigencia por subred y el "Formato_PMC_GESTORAS" incluido en la caja de herramientas durante los primeros 30 días de la vigencia para revisión y aprobación, de requerirse ajustes serán remitidos según los plazos establecidos para dar aval al documento.		
Realizar reunión durante los primeros 30 días de la vigencia y posteriormente a necesidad con la Dirección de Gestión del Riesgo de la Subred para gestionar las necesidades de apoyo directivo en el cumplimiento del plan de acción, esta actividad será gestionada en conjunto con la profesional de IAMII de GPAISP.	NO APLICA.	NO APLICA.
Realizar como mínimo una reunión mensual de consolidación de avances en la implementación de la estrategia IAMII/SAFL-L dual o implementación del Plan de capacitación de IAMII (con sus 4 programas) o identificación de necesidades de gestión con el perfil de IAMII, que permita armonizar el accionar complementario de estos dos perfiles.	SE REALIZA REUNIÓN CON REF IAMII.	ACTA DE REUNIÓN.
Participar en las reuniones que sea convocado(a) o requiera gestionar para dar cumplimiento a las actividades del plan de acción.	NO APLICA.	NO APLICA.
Seguimiento bimestral a la base de datos de profesionales de la salud del total de IPS con atención materno infantil de la subred.	BASE DILIGENCIADA Y ENVIADA A SDS.	CORREO ENVIADO CON ADJUNTO.
Realizar mensualmente como mínimo 4 jornadas de fortalecimiento de capacidades en lactancia materna o alimentación complementaria en IPS públicas o privadas o con equipos de PSPIC que incluirá las siguientes temáticas sugeridas en total o parcialmente.	DESARROLLO DE 4 JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACITADES.	ACTAS DE ACCIONES.
Seguimiento y apoyo operativo de requerirse, en la inscripción, participación y culminación de contenidos teórico-prácticos de los cursos de formación en técnicas de habilidades en consejería en lactancia materna que sean ofertados por el nivel central.	NO APLICA.	NO APLICA.
Respuesta a solicitudes de apoyo logístico y operativo en Lactancia Materna y alimentación complementaria en IPS, entornos cuidadores, desde nivel central o solicitudes externas.	NO APLICA.	NO APLICA.
Realizar como mínimo una actividad de comunicación en la subred mensualmente, en redes sociales, intranet, página web, redes sociales, mensajes de texto, en la que se posicione temáticas en lactancia materna y alimentación complementaria.	ARTICULACIÓN CON COMUNICACIONES.	PUBLICACIONES REALIZADAS.
Realizar mensualmente, adicional al tema priorizado de comunicaciones, la divulgación del directorio de grupos de apoyo a la salud materna e infantil y grupos de apoyo a la lactancia materna abiertos, lo anterior a través de redes sociales y con equipos de PSPIC.	DIVULGACIÓN DE DIRECTORIO	ACTA DE ACCIONES.
Realizar como mínimo una actividad mensual de apoyo operativo en Grupos de Apoyo a la Salud Materna e infantil (GASMI) del entorno comunitario.	APOYO OPERATIVO EN GASMI.	ACTA DE ACCIONES.
Asistencia y participación en Comité Materno Infantil o Comité IAMII de la subred (mínimo una vez por trimestre) para socializar los avances en el plan de acción de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.	NO APLICA.	NO APLICA.
Asistencia y participación en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud, así como respuesta oportuna a las solicitudes de información realizadas desde nivel central.	NO APLICA.	NO APLICA.
Coordinación e implementación de la jornada de intensificación de la semana mundial de la lactancia materna – ver ficha técnica de la jornada.	NO APLICA.	NO APLICA.
Realizar consejerías en lactancia materna o alimentación complementaria, individuales o grupales alcanzando una cobertura de mínimo 10 usuarias gestantes o lactantes de IPS IAMII o según solicitudes desde el nivel central, y registrar en el "Formato consejerías LM-AC" incluido en la caja de herramientas.	CONSEJERIAS REALIZADAS.	FORMATO DILIGENCIADO.
Realizar 4 actividades de fortalecimiento en lactancia materna o alimentación complementaria en el marco del Programa Madre Canguro y diligenciar avances mensuales en el "formato Directorio PMC".	FORTALECIMIENTOS EN PMC.	ACTAS DE ACCIONES.
Participación mensual en Comité Local de Seguridad Alimentaria y realizar reuniones a necesidad con el referente de políticas ambas actividades con el fin posicionar y gestionar las acciones relacionadas con lactancia materna y alimentación complementaria en el marco del plan de acción local de la PPSAN.	PARTICIPACION EN CLSAN.	ACTA DE ACCIONES.
Aplicación de "FORMATO_SEGU_CONSULTA_LM_3280" a las IPS asignadas desde el nivel central y diligenciar la base compartida en línea según la información que sea requerida, lo anterior a más tardar 30 días posteriores a ser asignadas a la subred.	SEGUIMIENTO A CONSULTAS.	LINK DILIGENCIADO.
Realizar mensualmente 2 acompañamientos a personal de la salud sensibilizado en técnicas de consejería en lactancia materna.	ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAL DE SLAUD.	ACTAS DE ACCIONES.
Realizar envío mensual del seguimiento al plan de acción de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.xls y "Formato_PMC_GESTORAS", durante los primeros cinco días calendario mes vencido al correo mpfajardo@saludcapital.gov.co.	SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION ENVIADO.	SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION ENVIADO.

Copia certificada Subred Suroccidente

Reporte mensual de actividades para la meta distrital en cuanto a las acciones relacionadas con el componente de gestores en lactancia materna.	REPORTE SEGUN INDICACIONES.	BASE DILIGENCIADA.
Gestión a nivel directivo de dificultades que se presenten en el proceso de gestión en lactancia materna.	NO APLICA.	NO APLICA.

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030544954
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ALEJANDRA VARGAS PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 80 D 7 B 83 TORRE 2 APTO	TELÉFONO:	3866955
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7903409309**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		319215480

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 336.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 336.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 262.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 262.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 12.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 51.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 51.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 662.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 662.300**

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° DICIEMBRE /2023

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

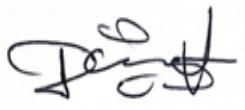
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA ALEJANDRA VARGAS PÉREZ

CC 1030544954 De Bogotá

La suma de $5.228.106 – CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/C, por concepto de servicios NUTRICIONISTA durante el periodo de 1 al 31 de DICIEMBRE de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3070/2023.



DIANA ALEJANDRA VARGAS PÉREZ

CC 1030544954 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 473000070622