| | | |
|---|---|---|
| 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: | INGRID JINETH BAUTISTA CANTOR | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1024468776 | |
| CORREO ELECTRONICO: | kmila.bautista89@gmail.com | | | | CELULAR: | 3502189247 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K27-1 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870301001 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2316 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 9983 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | |
| 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: | $31,629,591 |
| VALOR EJECUTADO | $31,629,591 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7892611604 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Acciones en seguimiento familiar seguimiento a eventos de interes en salud publica reportados por SDS , teniendo en cuenta lineamientos tecnicos para su desarrollo . | Formato de caracterizacion social y ambiental , tamizajes Diligenciamiento de cronograma de actividades , envio de activaciones de ruta, diligenciamiento de matriz de seguimiento familiar |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para 69 seguimientos, entrega de soportes con calidad según lineamiento tecnico. | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes físicos , diligenciamiento de la base se seguimiento familiar. |
| Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, | realizar acciones en campo seguimiento familiar. | Formato de caracterizacion y tamizajes , Diligenciamiento de cronograma diario Envió de canalizaciones digitales , bases de datos, actas y listados de asistencia |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, | Realizar seguimiento a eventos de interés en salud publica reportados por SDS. | Formato de caracterizacion y tamizajes , Diligenciamiento de cronograma diario Envio de canalizaciones digitales , bases de datos |
| seguimiento a la canalización, | Canalizar al 100 por ciento de los usuarios que requiere atención en salud según su necesidad | Envío de activaciones de ruta , seguimiento a su respuesta |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, | Identificar problemáticas de salud en los usuarios abordados | Dar respuesta oportuna según necesidades identificadas |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, | Educación en campo a eventos de interés en salud publica | Evidencia fotográfica , Envio de reporte |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. | Participación en reunión de equipo | Actas y listados de asistencia. |
| Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | No Aplica | No Aplica |
| 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. | Participación y divulgación de jornadas donde se busquen hacer participes de personas de localidad | Evidencias |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Entrega de soportes con calidad y de manera oportuna , realizar ajustes de hallazgos encontrados. | Entrega de soportes con calidad. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. | Alistamiento de soportes requeridos | Entrega de soportes |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras) | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes. | No aplica |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
1019014847
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1024468776 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INGRID JINETH BAUTISTA CANTOR |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 65 A SUR 71 D 07 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7892611604** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 153424006 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 255.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 255.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 200.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 200.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860007336 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 32.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 32.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 39.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 39.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 526.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 526.900** |

**DOCUMENTOEQUIVALENTE No 09/ 2023**

**LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOSDE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBEA:**

**INGRIDJINETHBAUTISTA CANTOR**

**C.C1024468776 DEBOGOTA**

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE ($ 3.998.070) , por concepto de: PROFESIONAL DE PSICOLOGIA-PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 1 al 30 de Septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2316/2023



**IngridJinethBautistaCantor**

**C.C.1024468776 DE Bogotá**

**CUENTA DEAHORROSBANCO Davivienda**

**NUMERO487030100**