| 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: | JOHANNA LIZETH QUITIAN MARIN | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030647602 | |
| CORREO ELECTRONICO: | nana_lore2010@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3133515653 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO36K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24083731406 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5148 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 378 | FECHA | 2024-01-26 14:41:46.000 | NÚMERO DE CRP | 12458 | FECHA | 2024-01-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-11-01 | | 2023-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,448 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | 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: | $17,223,136 |
| VALOR EJECUTADO | $17,223,136 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,448 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8371784719 | $984,179 | $123,022 | $157,469 | 3 | $23,975 | $304,466 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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. | Realizar la correspondiente facturación y revisión de frecuencia de uso de las familias visitadas por el equipo base | Se realiza la correspondiente facturacion de las familias subidas al drive de facturacion |
| 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 dio Desarrollo a las acciones de control social, información, sensibilización, educación, canalización y seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas | Se realiza seguimiento en historia clincia a la población abordada por equipos de atención en casa |
| 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. | Se generó la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas . " | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 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. | firma en listado 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 para inpulsar al a comunidad a participar y fortalecer capacidades por el derecho a la salud . | Se realiza acciones de informacion para inpulsar al a comunidad a participar y fortalecer capacidades por el derecho a la salud . |
| 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. | Se realiza entregas oportuna de los productos de facturación cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | Se realiza entrega oportuna de los productos de facturación cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica . |
| 7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. | Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. |
| 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 de facturacion e informes para desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | se entregan informes mensuales de 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 segúnprogramación 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 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 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. • | Se mantien un optimo uso de los aquipos y/o los elementos asignadar para cumplir con las obligaciones |
| 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 |

Copia controlada Subred Suroccidente

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JOHANNA LIZETH QUITIAN MARIN
**No. Identificación:** CC1030647602
**Dirección:** CR 87 D 49 C 68 SUR
**Telefono:** 7578064
**Correo:** nana_lore2010@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8371784719

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JOHANNA LIZETH QUITIAN MARIN |
| **Tipo y número de identificación** | CC1030647602 |
| **Número de planilla** | 8371784719 |
| **Fecha pago** | 2023-11-09 |
| **Número de autorización pago** | 41517101 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 361500 |
| **Total Intereses de Mora** | 2600 |

PAGADA
8371784719

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28500 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 186900 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 146100 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030647602
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANNA LIZETH QUITIAN MARIN

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**JOHANA LIZETH QUITIAN MARIN**

**CC.1030647602 DE BOGOTA**

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 EN ENFERMERIA en la Dirección de gestión del riesgo de la Subred integrada de servicios de salud sur occidente ESE durante el periodo del 01 al 30 De NOVIEMBRE 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios # 5148-2023




**CC. 1030647602 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA**

**SOCIAL**

**NUMERO 24083731406**