| | | |
|---|---|---|
| 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 yurany burgos quecano | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1010228582 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ingridburgosq123@gmail.com | | | | CELULAR: | 3223435434 | | |
| 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 DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570004370815245 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5166 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 378 | FECHA | 2024-01-26 14:41:46.000 | NÚMERO DE CRP | 12473 | FECHA | 2024-01-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-06-01 | | 2023-06-30 | | |
| 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: | $4,920,896 |
| VALOR EJECUTADO | $4,920,896 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 105576834 | $978,830 | $122,354 | $156,613 | 3 | $23,844 | $302,811 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 | Se cumplió con las actividades afines com Auxiliar de enfermeria - dinamizadora, solicitud de mapas al geografo he imprimirlos, salir a terreno todo los dias a visitasr predios, 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. | Actas de reunión y solicitudes registradas |
| 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 realizó sensibilización y educación a todas las familias vistas en el terreno,buscar eplicar y convencer entre 20 a 25 familias diarias del programa de salud a mibarrio . Informar a los doctores donde fue efectiva la visita | Bases de caracterización fichas de notificación de eventos de interés pública. |
| 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. | REALIZAR CONTROL DE INSUMOS, EQUIPOS BIOMEDICOS Y OTROS | ACTAS |
| 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 asistio a las reuniones por la jefe lider de apoyo. | se asistio a las reuniones por la jefe lider de apoyo. |
| 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 informó a todos los pacientes sus capacidades de autogestión y liderazgo frente a la movilización social por el derecho a la salud " | " Se informó a todos los pacientes sus capacidades de autogestión y liderazgo frente a la movilización social 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 realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida , tambien fallidas , ausentes y rechazadas y no residenciales. | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 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 cierran cartografias y mapas . " | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Se cierran cartografias y mapas . " |
| 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. | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Se cierran cartografias y mapas . " | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Se cierran cartografias y mapas . " |
| 9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Se cierran cartografias y mapas . " | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Se cierran cartografias y mapas . " |
| 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 mantuvo la imagen institucional debido a un porte adecuado del uniforme y chaqueta institucionales. | Se mantuvo la imagen institucional debido a un porte adecuado del uniforme y chaqueta institucionales. |
| 11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | Se ejerció los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de las actividades del contrato | Actas de reunión y solicitudes registradas |
| 12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Se atendieron las solicitudes y se dieron respuesta oportunamente a las quejas y solicitudes asignadas. | • Listados de asistencia, actas de reunión |
| 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 dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio | Se dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio |
| 14.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.. | Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Actas de entrega elementos y listados de asistencia - |

Copia Certificada 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

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-05-10, 03:51:20 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | abril de 2023 |
| **Empresa** | INGRID YURANY BURGOS QUECANO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1010228582 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8835154810 / 1054728274 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 382.100 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Número REG02 | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | 1 | $ 185.600 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS S.A. | 1 | 1 | $ 145.000 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | 1 | $ 28.300 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | 1 | $ 23.200 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 382.100 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 382.100 |



**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!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

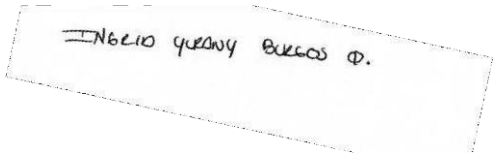
NIT: 900. 959.048-4

DEBE A:

INGRID YURANY BURGOS QUECANO

CC: 1010228582

La suma de $ 2,447,076 dos millones cuatrocientos cuarenta y siete mil setenta y seis pesos, por concepto de prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** durante el periodo del 9 al 31 de mayo del año 2023 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de *servicios* N° 5166-2023



INGRID YURANY BURGOS QUECANO

CC: 1010228582

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

570004370815245