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:	IBETH ANDREA QUEVEDO ZABALETA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032369582	
CORREO ELECTRONICO:	andrea.quevedo08@gmail.com				CELULAR:	3112170230	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-2	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8290347239				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2419			VIGENCIA		2023		
NÚMERO DE CDP	289	FECHA	2024-01-17 10:55:11.000	NÚMERO DE CRP	10068	FECHA	2024-01-17 11:59:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2023-03-27		2023-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$533,076				
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:	$14,970,965
VALOR EJECUTADO	$7,507,902
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$533,076
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,463,063
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
9448290758	$1,494,606	$186,826	$239,137	3	$36,409	$462,371

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

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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 y/o técnico 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 ylo Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital do Salud	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, IDENTIFICACIÓN DE ALERTAS Y RIESGOS EN SALUD, CANALIZACIONES Y ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO, ADEMÁS DE LA VERIFICACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE CADA UNO DE LOS HCB A CARGO, SE REALIZAN SESIONES COLECTIVAS DE ACUERDO AL PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL.	FORMATO DE CANALIZACIÓN, FICHA DE CARACTERIZACIÓN, SESIONES COLECTIVAS, PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL, ACTAS DE REUNIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES.
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 SOS	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, IDENTIFICACIÓN DE ALERTAS Y RIESGOS EN SALUD, CANALIZACIONES Y ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO, ADEMÁS DE LA VERIFICACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE CADA UNO DE LOS HCB A CARGO, SE REALIZAN SESIONES COLECTIVAS DE ACUERDO AL PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL	FORMATO DE CANALIZACIÓN, FICHA DE CARACTERIZACIÓN, SESIONES COLECTIVAS, PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL, ACTAS DE REUNIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional , Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución do las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred	SE PARTICIPA EN LA PLANEACION Y EJECUCION DE JORNADAS LOCALES Y DISTRITALES DE PROMOCION DE LA SALUD DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN DE LA SUBRED Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	ACTAS DE ASISTENCIA
Desarrollar acciones de control social. información	SE DESARROLLAN ACCIONES DE CONTROL SOCIAL EN EL ENTORNO INSTITUCIONAL DURANTE EL MES DE MARZO	ACTAS DE ASISTENCIA
Sensibilización y educación, seguimiento a la canalización	SE REALIZA CANALIZACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y MADRES COMUNITARIAS QUE PRESENTEN ALGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA O PRESENTEN ALGUNA ALERTA EN SALUD	FICHA DE NOTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	SE REALIZA VALORACION NUTRICIONAL , VERIFICACION DE ESQUEMAS DE VACUNACION Y ASISTENCIA OPORTUNA A VALORACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA EN SALUD EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS HCB INTERVENIDOS, DE ACUERDO A ESTA VALORACIÓN SE ESTABLECE PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL, ASÍ COMO SE REALIZA IEC, SE REALIZA ACTIVACIÓN DE RUTA Y/O CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO A LAS ALERTAS IDENTIFICADAS Y POSTERIORMENTE SE HACE SEGUIMIENTO A LAS CANALIZACIONES PARA ASÍ EVALUAR LA DISMINUCIÓN DEL RIESGOS	FICHA DE NOTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN, BASE DE SEGUIMIENTO A CANALIZACIONES, FICHA DE CARACTERIZACIÓN, SESIONES COLECTIVAS, PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL, ACTAS DE REUNIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderarniento en prácticas de cuidado en salud,	PLANEACION Y EJECUCION DEL PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL PARA CADA HCB INTERVENIDO	FICHA DE CARACTERIZACIÓN, PLANES DE CUIDADO, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	PARTICIPACIÓN EN JORNADAS DE ASESORÍA TÉCNICA, LECTURAS Y EXPOSICIONES DE LINEAMIENTOS Y UTILIZACIÓN DE FORMATOS BRINDADAS POR LA PROFESIONAL DE APOYO, POR LA S.D.S Y POR EL EQUIPO DE TRABAJO DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DEL COMPONENTE INSTITUCIONAL.	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS QUE DAN CUENTA DE LA PARTICIPACIÓN
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE GRUPOS DE GRUPOS LIDERES PARES SEGUN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSION	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS QUE DAN CUENTA DE LA PARTICIPACIÓN
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	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE ACCIONES DE REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD DE GRUPOS DE GRUPOS LIDERES PARES SEGUN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSION	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS QUE DAN CUENTA DE LA PARTICIPACIÓN
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SE REALIZA ORGANIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y AJUSTES DE LOS FORMATOS EN PROCESOS DE PREAUDITORIA, DE ACUERDO A INDICACIONES DEL REFERENTE DEL ESPACIO INSTITUCIONAL	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA, FICHA DE CARACTERIZACIÓN, PLANES DE CUIDADO, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	REALIZAR ENTREGA DE FORMATOS DE HCB CON CALIDAD DE ACUERDO A INDICACIÓN AL PROFESIONAL DE APOYO	FORMATO DE CANALIZACIÓN, FICHA DE CARACTERIZACIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS. entes de control.	ALISTAR Y ENTREGAR SOPORTES PARA AUDITORIA CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD EXIGIDOS POR LA S.D.S, PARTICIPAR EN LA PRESENTACIÓN DE AUDITORIA SEGÚN REQUERIMIENTO DEL PROFESIONAL DE APOYO	FORMATOS DE CANALIZACIÓN, FICHA DE CARACTERIZACIÓN, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS, PLANES DE CUIDADO Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad. oportunidad. o de Otra Indole	ENTREGA DE SOPORTES CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD EXIGIDOS POR LA S.D.S Y DE PRESENTARSE GLOSA SE ASUMIRÁ EL 100 % DE LA GLOSA GENERADAS	FORMATO DE CANALIZACIÓN, FICHA DE CARACTERIZACIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE BASES
Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos. de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos. gulas y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	REALIZA ACCIONES DE EDUCACIÓN Y PREVENCION DE COVID 19 , EN LOS HCB INTERVENIDOS CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR, MITIGAR EL VIRUS EN LA POBLACION, ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS CASOS REPORTADOS EN LAS INSTITUCIONES	ACTAS DE REUNION, REPORTES, CANALIZACIONES, FORMATOS DE SEGUIMIENTO A PLAN DE CUIDADO INSTITUCIONAL
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	SE PARTICIPO EN ACTIVIDADES DE CONVERSATORIOS DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN EN EL MES DE MARZO	ACTAS DE ASISTENCIA, PRETEST Y POSTETS
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor	SE REALIZO EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD INTEGRAL• SE REALIZO EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD INTEGRAL	SOPORTE DE LA PLANILLA DE PAGO

Copia Controlada Subred Sur Occidente

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032369582		QUEVEDO ZABALETA IBETH ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18A SUR NO 52A - 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7201071	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1972786047	9448290758	I	2023/03/21	2023/03/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$471,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$1,494,606	$29,900			$1,494,606	$15,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$1,494,606	$29,900			$1,494,606	$15,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$1,494,606	$29,900			$1,494,606	$15,700		$0	$0
1	CC	1032369582	QUEVEDO IBETH	231001	30	$1,494,606	$239,200	EPS008	30	$1,494,606	$186,900	CCF24	30	$1,494,606	$29,900	14-11	30	$1,494,606	$15,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$1,494,606	$29,900			$1,494,606	$15,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032369582		QUEVEDO ZABALETA IBETH ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18A SUR NO 52A - 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7201071	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1972786047	9448290758	I	2023/03/21	2023/03/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$471,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$15,700	$0	$0	$15,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$471,700	$0	$0	$471,700

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 03/ 2023

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IBETH ANDREA QUEVEDO ZABALETA

C.C 1032369582 DE BOGOTA

La suma de $ 533.076 (Quinientos treinta y tres mil setenta y seis pesos), por concepto de: (Profesional de enfermería –profesional universitario 2) durante el periodo del 27 al 31 de marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2419-2023.



IBETH ANDREA QUEVEDO ZABALETA

C.C.1032369582 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8290347239