

					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			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Carol Lorena Chacón Nieves					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1018465744
CORREO ELECTRONICO:			caro_lcn238@hotmail.com			CELULAR:		3203941230
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			488428413394				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3496			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	312	FECHA	2023-01-27 16:46:29.000		NÚMERO DE CRP	14900	FECHA	2023-02-28 17:30:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2023-03-01			2023-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,311,304			
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:					\$13,365,042			
VALOR EJECUTADO					\$13,365,042			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,311,304			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					100%			
El intervisor 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		
66323655	\$1,724,522	\$215,565	\$275,923	3	\$42,009	\$533,498		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializado, profesional, técnico y/o bachiller 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las actividades afines al perfil especializado, asignadas por el supervisor y líder del modelo de salud territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de atención en casa
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de acciones de control, información, sensibilización, educación, canalización, notificación eventos de interés en salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizaciones y notificaciones de eventos de interés de salud pública realizadas de acuerdo a los protocolos establecidos
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acciones que incidan en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas en salud identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizaciones y notificaciones de eventos de interés de salud pública realizadas de acuerdo a los protocolos establecidos
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar en las actividades diarias los ejes de humanización y seguridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos según guía operativa de SDS.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en reuniones convocadas por SDS y/o la líder del modelo de salud territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actas y/o listados de asistencia, participación en reuniones convocadas.
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.	No fue programada	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos por la supervisión del contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega periódica de base de datos de familias caracterizadas del modelo de salud territorial.
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, antes de control.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos por la supervisión del contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega periódica de base de datos de familias caracterizadas del modelo de salud territorial.
Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. ISe cumple con los productos asignados acordes al perfil.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y entregar de manera oportuna y con calidad de informes de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de caracterizaciones con precritica efectuada.
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada 	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la imagen institucional velando por su cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado uso de la imagen institucional en las visitas efectuadas
Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y entregar de manera oportuna y con calidad de informes de gestión y/o productos solicitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Formularios Plan de cuidado familiar, Caracterización equipos de atención en casa 2023 y diligenciamiento de historia clínica de cada visita
Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y entregar de manera oportuna y con calidad de informes de gestión y/o productos solicitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Formularios Plan de cuidado familiar, Caracterización equipos de atención en casa 2022 y diligenciamiento de historia clínica de cada visita.
Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de autogestión, autoregulación y autocontrol en el cumplimiento de las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de funciones asignadas diariamente como apoyo operativo a cabalidad.
Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o de nivel central.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en reuniones convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a reunión convocada por líder del modelo de salud territorial
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas	No fue programada	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados 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.	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada 	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada 	<ul style="list-style-type: none"> • No fue programada

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 3/2023
LASUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAROL LORENA CHACON NIEVES
CC 1018465744 De BOGOTA D.C

La suma de \$ **4.311.304 CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS** , por concepto de servicios **PERFIL enfermera jefe** durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3496-2023

LORENA CHACON

CAROL LORENA CHACON NIEVES
CC 1018465744 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE DAVIVIENDA
NUMERO 488428413394

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
				TOTAL A PAGAR		
2023-02	2023-02	I	14/03/2023	66323655	\$512.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	215,600	0		0		0	4	1,100	0	216,700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	276.000	0	0	0	0	4	1.400	0	277.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	18.100				18.100	4	100	18.200			181	18.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	215.600	216.700
Pensión	1	276.000	277.400
Riesgos Laborales	1	18.100	18.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	509.700	512.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018465744	Carol Lorena Chacon Nieves		Dg 51 c sur # 55-18	2388241	caro_lcn238@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-02	2023-02	I	14/03/2023	66323655	\$512.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres							Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1018465744	Chacon Nieves Carol Lorena							57	0			N																	231001	1.724.522	276.000	0	0	0	0	EPS017	1.724.522	215.600	14-11	1.724.522	2	18.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA