



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		No.	1032460542	
CORREO ELECTRONICO:			mafe-po@hotmail.com			CELULAR:		3115793809	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EQUIPO ATENCION EN CASA FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO08K33-5	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488403313908					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	3737			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	984	FECHA	2023-04-26 10:37:21.000	NÚMERO DE CRP	21278	FECHA	2023-04-28 17:30:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL EN MEDICINA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2023-04-01		2023-04-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$6,633,936

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:	\$20,587,906
VALOR EJECUTADO	\$13,267,872
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,633,936
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$7,320,034
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	64%

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
67103574	\$2,653,574	\$331,697	\$424,572	3	\$64,641	\$820,910

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, 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 las actividades planeadas en el lineamiento del modelo de salud territorial salud a mi barrio	realización de valoraciones clínicas casa a casa o en rutas según lo plantee el modelo de salud territorial
Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	Cumplir con la meta establecida en el lineamiento de salud territorial	matriz de familias caracterizada
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas.	generar orientación y disminuir barreras de acceso a la salud de las familias valorizadas	generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente	generar estrategias y orientación para evitar los daños de salud presente en la familias caracterizadas	matriz de familias caracterizadas, generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.	asistir a las reuniones que genere la SD	acta de asistencia a reuniones
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.	ser un canal de orientación en las familias caracterizadas	generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	realizar las correcciones y hallazgos de las valoraciones realizadas	acta de corrección de hallazgos
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, antes de control	tener todos los soportes que requiere la SDS para auditoría de las familias caracterizadas	tener al día las historias clínicas de familias caracterizadas
Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.	presentar cada mes el número de familias caracterizadas en la estrategia de salud a mi barrio	cumplir con el número de familias caracterizadas, matriz de caracterización de las familias e historias clínicas
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.	informar a los entes de emergencia con relación a situaciones de emergencias que puede ocurrir en el terreno	disentimiento e historias clínicas de usuarios caracterizados
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	tener equipos en buen estado de igual forma portar de buena manera la chaqueta y el carnet de la institución	buen uso de equipos y de chaqueta y carnet
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.	realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial	presentar historias clínicas y sircs de familias caracterizadas
Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos.	cumplir con los tiempos de entrega que dispone el lineamiento de salud a mi barrio	tener y cumplir con la meta de familias caracterizadas
Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	ayudar a la comunidad a disminuir las barreras de acceso a la salud	activación de sirc y autorización desde casa
Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central.	asistir a todas las reuniones programadas	acta de asistencia
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. 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 su componente territorial.	dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial	generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	cumplir con todo el lineamiento de entrega del modelo de salud territorial	cumplir con el tiempo de subir historias clínicas y sircs



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 A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE

CC 1032460542 de Bogotá

La suma de (\$6'633.936) SEIS MILLONES SEICIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE, por concepto de servicios prestados como Profesional en medicina en el programa Modelo de Atención Territorial en Salud, en la sede de Asunción Bochica, durante el periodo de 1 al 30 de Marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3737-2023

MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE

CC 1032460542 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488403313908



DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	13/06/2023	68547094	\$854.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	331.900	0		0		0	34	13.300	0	345.200	1

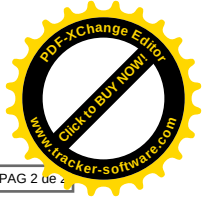
TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	424.800	0	0	0	0	34	17.100	0	441.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	64.700				64.700	34	2.600	67.300			647	67.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	331.900	345.200
Pensión	1	424.800	441.900
Riesgos Laborales	1	64.700	67.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821.400	854.400



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032460542	MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE		calle 189 #46-10	8777783	mafe-po@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	13/06/2023	68547094	\$854.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Salud	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	VAC	AVP	AVP	IRL	CONSEJO	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	1032460542	POSADA ALCALDE MARIA FERNANDA					57	0			N																		230301	2.655.000	424.800	0	0	0	0	0	EPS008	2.655.000	331.900	14-23	2.655.000	3	64.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA