PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	5024			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	378	FECHA	2024-01-26 14:41:46.000	NÚMERO DE CRP	12354	FECHA	2024-01-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN MEDICINA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-11-01		2023-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$7,098,352						
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:	$49,688,464
VALOR EJECUTADO	$38,886,624
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,098,352
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,801,840
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78%

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
72559102	$2,407,267	$300,908	$385,163	3	$58,641	$744,712

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

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

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.

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

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 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
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	generar estrategias y orientación para evitar los daños de salud presente en la familias caracterizadas	generar estrategias y orientación para evitar los daños de salud presente en la familias caracterizadas
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.	generar orientación y disminuir barreras de acceso a la salud de las familias valorizadas	generacion de sircs , recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
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.	asistir a las reuniones que genrere la SD	asistir a las reuniones que genrere la SD
. 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.	dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial	generacion de sircs , recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
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.	realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial	presentar historias clínicas y sircs de familias caracterizadas
7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	tener todos los soportes que requiere la SDS para auditoria de las familias caracterizadas	tener al dia las historias clinicas de familias caracterizadas
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.	presentar cada mes el numero de familias caracterizadas en la estrategia de salud a mi barrio	cumplir con el números de familias caracterizadas, matriz de caracterización de las familias e historias clinicas
9. Informar oportunamente sobre CONTRATO NUMERO: 5024-2023 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE - CEDULA No. 1.032.460.542 OBJETO: Prestar servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Gestion del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional y en el marco del Convenio 0002 de 2023. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($ 7.098.352) VALOR HONORARIOS MES: ($ 7.098.352) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 08 de junio de 2023 SUPERVISOR : PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR CONDICIONES CONTRACTUALES cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	realizar las correciones y hallazgos de las valoraciones realizadas	acata de corrección de hallazgos
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.	Portar elementos de identificacion, carné institucional, chaqueta, maletin de manera adecuada	Portar elementos de proteccion personal y realizar atencion domiciliaria de manera correcta en tiempos y calidad
11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial	generacion de sircs , recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas
12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas	realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial	presentar historias clínicas y sircs de familias caracterizadas
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.	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
14.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 clinicas y sircs

Copia certificada Subred Suroccidente

PDF-XChange Editor
Click to BUY NOW!
www.tracker-software.com

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

PDF-XChange Editor
Click to BUY NOW!
www.tracker-software.com

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

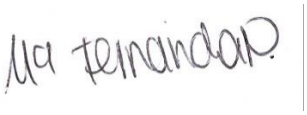
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE

CC 1032460542 de Bogotá

La suma de ($7,098,352), SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 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 Noviembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5024-2023



MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE
CC 1032460542 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 488403313908

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

mpensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73151523	$878.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	355.000	0		0		0	0	0	0	355.000	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	454.400	0	0	0	0	0	0		454.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	69.200				69.200	0	0	69.200			692	69.200	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	355.000	355.000
Pensión	1	454.400	454.400
Riesgos Laborales	1	69.200	69.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	878.600	878.600

PAGADA

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

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PDF-XChange Editor Click to BUY NOW! www.tracker-software.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73151523	$878.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	59	0			N																	230301	2.840.000	454.400	0	0	0	0	EPS008	2.840.000	355.000	14-23	2.840.000	3	69.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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