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:	NAYIBE QUITIAN VARGAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030588149	
CORREO ELECTRONICO:	n-quitian@hotmail.com				CELULAR:	3167734792	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIVIENDA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO FALABELLA S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111150418923				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1704			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	684	FECHA	2024-02-28 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	20182	FECHA	2024-03-06 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,998,070						
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:	$11,994,210
VALOR EJECUTADO	$7,996,140
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,998,070
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,998,070
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
9463463107	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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, técnico y bachiller 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 y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Después de identificar los factores protectores y de riesgo propios de cada HCB de la localidad de Kennedy, se llevara a cabo estrategias que fomenten prácticas de cuidado en los menores; se siguen identificando alertas y riesgos en salud, desde cada una de las dimensiones prioritarias, tanto para la madre comunitaria como los menores; dichas alertas se encuentran establecidas a desde seguridad alimentaria y nutricional, infancia, condiciones transmisibles, salud mental, condiciones no transmisibles, entre otras; se realiza aplicación de tamizaje de escala abreviada de desarrollo en los menores de 5 años que refiera la madre comunitaria y que se encuentre en el HCB y diligenciamiento de formato definido para tal fin, con el fin seguir de identificando alertas en el desarrollo infantil de los menores. También se realiza socialización del plan de cuidado e implementación de la primera sesión del plan de cuidado institucional a los 40 hogares comunitarios de bienestar.	Formatos de caracterización, escalas abreviadas del desarrollo hcb, formato plan de cuidado institucional, sesiones colectivas y plan de cuidado cualitativo.
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 SDS.	Se realiza la socialización del plan de cuidado e implementación de la primera sesión del plan de cuidado institucional a los 40 hogares comunitarios de bienestar en la localidad de Kennedy.	Formatos de caracterización, escalas abreviadas del desarrollo hcb.
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización,Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas	Se realiza las canalizaciones de los niños y niñas de los hogares comunitarios de bienestar HCB caracterizados, donde se hace seguimiento o se identifican riesgos en el desarrollo de los niños en las sesiones de implementación se realiza canalizaciones si se identifican alertas en el desarrollo. • Realizar acciones de IEC información, educación y comunicación en piezas comunicativas en cambio climático y contaminación ambiental. • Realizar acciones de IEC información, educación y comunicación en piezas comunicativcas en prevencion del cancer de cervix-cuello uterino.	Canalizaciones enviadas en el mes. Plan de cuidado cualitativo.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud	Realizar actividades ludidas encaminadas a promover el desarrollo motor de los niños y niñas del HCB por medio de circuito didáctico que aborda rondas infantiles basadas en las fichas técnicas para cumplir con lo planeado del plan de cuidado en el mes de Marzo.	Formato plan de cuidado institucional y Escalas abreviadas del desarrollo.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	Se participa en el encuentro virtual en conexión con la gerencia el 5 de Marzo y en el conversatorio de resultados encuesta clima de seguridad vigencia 2023 el 7 de marzo.	Se participa en el encuentro virtual en conexión con la gerencia el 5 de Marzo y en el conversatorio de resultados encuesta clima de seguridad vigencia 2023 el 7 de marzo.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado	Se hace revisión de formatos a entregar, verificando calidad del dato, correspondientes al mes de Marzo	Formatos de caracterización, escalas abreviadas del desarrollo HCB, sesiones colectivas y formatos de implementacion.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se hace entrega de reporte de las actividades realizadas con evidencia fotográfica los dias martes del mes de Marzo, entrega de informes de jornadas y diligenciamiento de bases solicitadas	Reporte telefónico, informes y bases de HCB
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	Se hace revisión de formatos a entregar, verificando calidad del dato, organización de soportes en AZ por HCB. • De acuerdo a la socialización de los resultados de la auditoria y a los hallazgos identificados por la firma auditora.	Formatos de caracterización, escalas abreviadas del desarrollo hcb, planes de cuidado cualitativos.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Se prestan los servicios con calidad, idoneidad y veracidad en la información recolectada.	Formatos de caracterización, escalas abreviadas del desarrollo hcb.
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 asiste al conversatorio del mes de marzo.	Acta y listado de asistencia
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 falsedad en la misma será causal de terminación del contrato	Se paga en las fechas establecidas.	Soportes de pago de salud, pension y arl

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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 1030588149		QUITIAN VARGAS NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65 J SUR N°77 N -14 PISO 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	507187522	9463463107	I	2024/03/12	2024/03/11	BANCOLOMBIA	0	$494,900

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)					$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$0	$0			$1,599,228	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$0	$0			$1,599,228	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$0	$0			$1,599,228	$39,000		$0	$0
1	CC	1030588149 QUITIAN NAYIBE	25-14	30	$1,599,228	$255,900	EPS008	30	$1,599,228	$200,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,599,228	$39,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$0	$0			$1,599,228	$39,000		$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 1030588149		QUITIAN VARGAS NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65 J SUR N°77 N -14 PISO 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	507187522	9463463107	I	2024/03/12	2024/03/11	BANCOLOMBIA	0	$494,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$494,900	$0	$0	$494,900

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 03 /2024

LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DESALUDSUR OCCIDENTEE.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

NAYIBEQUITIAN VARGAS

CC1.030.588.149de Bogotá

La suma de $3.998.070 tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta PESOS M/CTE, por concepto de servicios COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1704-2024



NAYIBEQUITIAN VARGAS
C.C. 1.030.588.149 de Bogotá

CUENTA DEAHORROSBANCOFALABELLA

NUMERO 111150418923