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 ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-2	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	2416			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	289	FECHA	2024-01-17 10:55:11.000	NÚMERO DE CRP	10065	FECHA	2024-01-17 11:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-01-01		2024-01-31		
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:	$49,620,906
VALOR EJECUTADO	$49,620,906
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,998,070
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9460831433	$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 Enero de 2024. 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 CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS, ESTÁNDARES Y PORTAFOLIO CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS DEL COMPONENTE, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, ACCIONES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL, REDES, MESAS, CONSEJOS PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN CUANDO SEA REQUERIDO Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LAS SUB RED SUROCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.	REALIZAR CONCERTACIÓN DE HCB PARA EL ABORDAJE E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA , ACERCAMIENTO A CENTROS ZONALES, REPRESENTANTES LEGALES Y MADRES COMUNITARIAS	ACTAS DE EVOLUCIÓN, FORMAATOS DE ENCUESTAS
DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN CON BASE DE LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS – ESE.	REALIZAR CONCERTACIÓN DE HCB PARA EL ABORDAJE E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA , ACERCAMIENTO A CENTROS ZONALES, REPRESENTANTES LEGALES Y MADRES COMUNITARIAS	ACTAS DE EVOLUCIÓN, FORMAATOS DE ENCUESTAS
REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS MENORES DE 5 AÑOS CANALIZADOS CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGO ESTABLECIDOS EN PLAN CHOQUE. REALIZAR INDUCCIÓN A LA DEMANDA Y SEGUIMIENTO EFECTIVO A LAS CANALIZACIONES REALIZADAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES Y SOCIALES PARA ARTICULAR EL PIC Y POS.	Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al <HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo	Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email
NOTIFICAR TODOS LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC	FORMATO DE NOTIFICACIÓN
REALIZAR CANALIZACIÓN DE LOS CASOS PRIORITARIOS IDENTIFICADOS Y DAR RESPUESTA OPORTUNA DE ACUERDO A SU COMPETENCIA O INFORMAR A QUIEN CORRESPONDA EN LO RELACIONADO CON ACCIONES DE INSTITUCIONES DISTINTAS AL SECTOR SALUD.	Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.	Diligenciamiento de actas
INFORMAR A LOS INDIVIDUOS FAMILIAS Y/O COLECTIVOS SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS RESPECTO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.	Diligenciamiento de actas
FACILITAR LOS PROCESOS DE VEEDURÍA CIUDADANA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN	Actividad no programada para este mes, población a abordar no lo requiere.	No aplica producto de entrega
REALIZAR ENTREGA DE SOPORTES Y VELAR POR LA CUSTODIA DE LOS MISMOS. REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PRE AUDITORÍAS DE REFERENTES DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS . ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA	• Entrega de formatos de caracterización, formatos de plan de cuidado cualitativo y cuantitativo, sesiones colectivas, fechas de ingreso correspondientes a los perfiles, se realiza el registro manteniendo la calidad de la información	Formato de acta
ASUMIR EL 100 % DE LA 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 PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS JORNADAS DE SALUD PÚBLICA (VACUNACIÓN, COMUNITARIA, INSTITUCIONALES ,LOCALES) PROGRAMADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE ESE.	Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistenciasSe presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias	Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias
PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA JORNADA DE SALUD PÚBLICA (VACUNACIÓN, COMUNITARIA, INSTITUCIONALES ,LOCALES) PROGRAMADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE ESE. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y ABORDAJE DE LOS CASOS IDENTIFICADOS DE EVENTOS TRANSMISIBLES NO TRANSMISIBLES Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA ASISTIR A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE ESE COMO DE LA SDS.	Participación en reunión de equipo, conversatorios, apropiación conceptual de lineamientos y asistencias técnicas programadas por SDS para el mes, reunión de equpo programada para el día 16/01/2024	Listado de acta

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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 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
2023-12	2023-12	366301667	9460831433	I	2024/01/12	2023/12/28	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
2023-12	2023-12	366301667	9460831433	I	2024/01/12	2023/12/28	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 01 /2024

LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E.

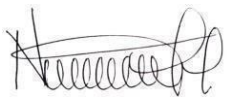
NIT: 900.959.048-4

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 enero de 2024 de conformidad con lo establecido enel contrato de prestación de servicios No2416-2023



NAYIBEQUITIAN VARGAS
C.C. 1.030.588.149 de Bogotá

CUENTA DEAHORROSBANCOBANCOLOMBIA

NUMERO62415586146