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:	LUISA FERNANDA MORALES GAITAN								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016001517			
CORREO ELECTRONICO:	lfmoralesg1403@gmail.com				CELULAR:	3213784551			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K30	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	74117391						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1240			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	1132	FECHA	2024-04-25 16:55:37.000	NÚMERO DE CRP	24837	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL				
		2024-04-01		2024-04-30				
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	$11,994,210
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
9464571294	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 y/o técnico 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.	• Consolidación de la información resultado de la implementación del equipo maps itinerante. Plan de acción y cronograma de las acciones a implementarse en correspondencia con los lineamientos. Actas que den cuenta del proceso de gestión, concertación, vinculación con redes sociales de apoyo, con espacios de participación social en los cuales se realice la socialización de la estrategia	• Tablero de control actualizado con información mensual y semanal. • Plan de Acción enviado por correo electrónico colgado en carpeta compartida en el drive definido para tal fin, los cinco (5) primeros días hábiles a partir del inicio de la adición del contrato. • Soportes de Gestión y de seguimiento en terreno a la implementación de las acciones, actas de concertación, de acompañamiento en terreno, fichas técnicas, e informes correspondientes. Acta de entrega de los formatos del Sistema establecido para su digitación. Diligenciamiento de formatos SISCO.
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.	• Informe de acciones preventivas que disminuyan el riesgo de la transmisión de la enfermedad. Registro del seguimiento (que contenga número telefónico, nombre del contacto y la información respectiva)	• Ficha técnica para el desarrollo de entornos comunitarios. • Actas de implementación de encuentros comunitarios dirigida a la población general.
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Entorno Cuidador Comunitario.	• Identificar el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, en el entorno comunitario a partir de la implementación de acciones ligadas a la entrega de preservativos. A partir del tamizaje en VIH, Hepatitis B y Sífilis. (pruebas rápidas presuntivas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y prueba confirmatoria de VIH), aplicación de tamizajes de OMS y Findrisk para la identificación de riesgos de cardiovasculares y Diabetes.	• Formato SISCO, registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados y aplicación de tamizajes Findrisk y OMS.
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	• Realizar acciones de promoción y prevención con énfasis en salud mental.	• Actas y registro fotográfico
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	• Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a resultados reactivos para VIH y positivos para Sífilis y hepatitis B. Realización de intervención breve ligada a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo. • Movilizar redes sociales de apoyo dando respuesta a las necesidades de los usuarios a través de la canalización y canalización de las rutas de atención a servicios sociales y de salud de mayor complejidad	• Registro fotográfico, asesorías pre y pos test VIH y sífilis y formato a canalización a servicios de salud y protección social.
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	• Identificar el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, en el entorno comunitario a partir de la implementación de acciones ligadas a la entrega de preservativos. A partir del tamizaje en VIH, Hepatitis B y Sífilis. (pruebas rápidas presuntivas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y prueba confirmatoria de VIH)	• Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva, registro individual de pruebas rápidas VIH/ Sífilis y Hepattis B, entrega de resultados, desarrollo de encuentros comunitarios.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	• Desarrollar encuentros comunitarios para el abordaje de la salud mental, temas relacionados a la salud sexual y reproductiva. Vincular en el desarrollo de encuentros comunitarios miembros de la comunidad, familiares y otros miembros de redes sociales de apoyo.	• Listados de asistencia técnica, registro fotográfico.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	• Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred.	• Actas y listados de asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	• De acuerdo a lo solicitado por la dirección del entorno cuidador comunitario.	• Según direccionamiento
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.	• De acuerdo a lo solicitado por la dirección del entorno cuidador comunitario	• Según direccionamiento.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	• Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la dirección del entorno cuidador comunitario.	• Actas, registro fotográfico
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	• Garantizar el registro y la calidad del dato de los resultados de la implementación de las acciones del equipo maps itinerante. Realizar el proceso de evaluación y monitoreo de la implementación de las acciones del equipo maps itinerante. Consolidar y enviar de manera mensual informe de gestión, con la información suministrada por los miembros del equipo maps itinerante. • Análisis de los resultados obtenidos en el marco de la implementación del equipo maps itinerante. • Verificación de los resultados confrontando las acciones ejecutadas con los datos producto de la ejecución de estas, haciendo énfasis en los resultados de los seguimientos • Consolidar la información resultado de la implementación de las actividades del equipo maps itinerante como insumo para la presentación de los informes en correspondencia con los lineamientos.	• Informe de Gestión Mensual y de fin de vigencia enviado por correo electrónico y colgado en carpeta compartida los cinco (5) primeros días hábiles del mes. • Informe de acciones preventivas que disminuyan el riesgo de la transmisión de la enfermedad. • Entrega de soportes de las actividades realizadas en las acciones de información y educación del equipo maps itinerante.
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 organiza los soportes de acuerdo a lo estipulado en el lineamiento y por la profesional de apoyo del entorno cuidador comunitario.	• Según direccionamiento.

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 1016001517		MORALES GAITAN LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20B 104 06	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
2024-04	2024-04	642418671	9465924764	I	2024/05/07	2024/05/16	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	9	$530,900

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			$1,599,228	$32,000			$1,599,228	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$1,599,228	$32,000			$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			$1,599,228	$32,000			$1,599,228	$39,000		$0	$0
1	CC	1016001517	MORALES LUISA	230301	30	$1,599,228	$255,900	EPS008	30	$1,599,228	$200,000	CCF24	30	$1,599,228	$32,000	14-11	30	$1,599,228	$39,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,599,228	$255,900			$1,599,228	$200,000			$1,599,228	$32,000			$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 1016001517		MORALES GAITAN LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20B 104 06	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
2024-04	2024-04	642418671	9465924764	I	2024/05/07	2024/05/16	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	9	$530,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$1,900	$0	$257,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$1,900	$0	$257,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$300	$0	$39,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$300	$0	$39,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$300	$0	$32,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$300	$0	$32,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$1,500	$0	$201,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$1,500	$0	$201,500
TOTAL				**1**	**$526,900**	**$4,000**	**$0**	**$530,900**

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° ABRIL/2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUISA FERNANDA MORALES GAITÁN

CC 1.016.001.517 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3.998.070 MCT (TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS/MCT) por concepto de servicios PROFESIONAL EN ENFERMERIA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 01 al 30 de Abril 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1240/2024



Nombre del contratista

CC 1.016.001.517 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 0074117391

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA COBRO FEBRERO 2024.pdf	CUENTA COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >