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:	DIANA KATHERINE MOZO RIVERA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1023929259	
CORREO ELECTRONICO:	keithya0904@gmail.com				CELULAR:	3107946449	
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 AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	425843120				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1705			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2024-05-30 11:02:18.000	NÚMERO DE CRP	30647	FECHA	2024-05-31 21:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-04-16		2024-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,999,035						
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:	$17,991,315
VALOR EJECUTADO	$17,991,315
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,999,035
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
1062250131	$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 ylo Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital do Salud.	Realizar la implementacion del Plan de Cuidado Institucional en los HCB, Por medio de la sesion de mascota verde en donde se realiza actividades relacionadas a la apropiacion de los valores, normas que se tienen en el jardin	Formato de Mascota Verde Plan de cuidado Institucional Registro Fotografico
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 SOS	Se realiza verificación de las pautas de cuidado que fueron trabajadas en el marco de los planes de cuidado, con el fin de verificar si la apropiación de conocimientos en las madres y las habilidades potenciadas a lo largo de las intervenciones han permitido dar continuidad y mantenimiento a prácticas de cuidado con los niños, tambien, verificar si las recomendaciones y ajustes sugeridos en términos de salud ambiental, organización, disposición y mantenimiento de las mascotas verdes, entre otras estrategias, han perdurado en el tiempo.	Formato de Mascota Verde Plan de cuidado Institucional Registro Fotografico
Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional , Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución do las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred	30/04/2024 Reunión de Equipo	Acta de la actividad Registro Fotografico
Desarrollar acciones de control social. información	Se realizaron acciones de IEC información, educación y comunicación en piezas comunicativas de Alerta fase I contaminacion del aire Se realizaron acciones de IEC información, educación y comunicación en piezas comunicativas en Racionamiento del agua y manejo del recurso hidrico	Plan de Cuidado Institucional Cualitativo Matriz y Link de reporte de las acciones realizadas por día Piezas comunicativas Registro Fotografico
sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Seguimiento de los riesgos y necesidades identificados en los HCB	Diligenciamiento del drive de control y seguimiento de activaciones de ruta Plan de Cuidado Institucional Cualitativo Formato de Acta
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	Mediante educación y socialización de las temáticas acordadas con los HCB	Brindar herramientas, generar rutas acordes a las necesidades identificadas y orientación frente a cada caso expuesto al equipo interdisciplinario Plan de Cuidado Institucional Cualitativo Formato de Acta
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderarniento en prácticas de cuidado en salud	Se emplean dinamicas: Cuento, baile, Intercambio de Saveres, Rol del cuidado de la madre comunitaria	Plan de cuidado cualitativo Registro Fotografico
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	Participacion de los eventros y reuiones	Formato de Asistencia
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.	Se Fortalece las capacidades de autogestión y liderazgo de los cuidadores de las instituciones mediante las implementaciones que se realizan en las instituciones abordadas por el equipo	Formato de Acta Plan de cuidado cualitativos y cualitativos
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	Entrega de soportes con calidad acorde a lo estipulado en las fichas técnicas de los formatos los dias lunes y Jueves de cada semana acorde al cronograma socializado por la profesional de apoyo Entrega de soportes corregidos con la calidad, veracidad requerido acorde a los lineamientos y ficha técnica	Formato de Acta
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	Precrítica realizada por la profesional de apoyo en donde se verifica la completitud y la calidad del dato	Alistamiento de Auditoria en donde se realiza un verificación de lo digital y físico Formato de Acta
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS. entes de control.	Soportes acordes a la directriz emitida por la profesional de apoyo	Verificación de soportes con profesional de apoyo en donde se realiza el alistamiento de la Auditoria Organización de soportes en AZ por cada institución y de acuerdo a la localidad

Copia Controlada Subred Suroccidente

Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad.	De acuerdo a la socialización de los resultados de la auditoria y a los hallazgos identificados por la firma auditora	Notificación en caso de que se genere la glosa y el manejo que se dará en caso de generarse la glosa
Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital	Brindar información y actualización frente a las medidas preventivas en usuarios con síntomas respiratorios en donde para el mes de Abril se hizo enfasis en practicas de cuidado por el cambio climatico y las alertas que se han generado en la parte Suroccidente de la Ciudad	Entrega de Piezas Comunicativas a la población Registro Fotografico

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-04-19, 08:28:39 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1062250131

Periodo Cotización 202403 **Periodo Servicio** 202403

Cliente:

PAGADA 2024-04-19

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA KATHERINE MOZO RIVERA				
Documento	CC 1023929259	**Dirección**	CR 88 #130 D - 30		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107946449		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023929259		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MOZO RIVERA DIANA KATHERINE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.599.228	25-14		16 %	$ 1.599.228	$ 255.900	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.599.228	$ 200.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.599.228	$ 39.000	CCF24	0,6 %	$ 1.599.228	$ 9.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 39.000	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 504.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 04/2024

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

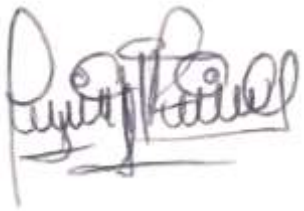
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA KATHERINE MOZO RIVERA

CC 1.023.929.259 de BOGOTÁ D.C.

La suma de $**1.999.035 (UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO PESOS)**, por concepto de servicios como: **PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2** durante el periodo de **16** al **30** de **ABRIL/2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° **1705/2024.**



DIANA KATHERINE MOZO RIVERA

CC 1.023.929.259 de BOGOTÁ D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS

NUMERO 425843120

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		
☐	SOPORTES CUENTA FEBRERO 2024.pdf	SOPORTES CUENTA FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO.pdf	SOPORTE CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	SOPORTE CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTES ABRIL.pdf	SOPORTES ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >