

					Versión		3				
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018				
					Código:		04-02-FO-0002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1032450697		
CORREO ELECTRONICO:				LEIDYMILENAKATHERINE@GMAIL.COM			CELULAR:		4623937		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				EQUIPO ATENCION EN CASA KENNEDY			SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%								
		SU44K33-5	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550008600775111					PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO		5107				VIGENCIA			2023		
NÚMERO DE CDP		1655	FECHA	2024-06-30 11:05:36.000		NÚMERO DE CRP		42985	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN PSICOLOGIA									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL				
				2024-06-01			2024-06-30				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$4,111,644					
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:							\$69,065,610				
VALOR EJECUTADO							\$68,493,972				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$4,111,644				
VALOR A LIBERAR							\$0				
SALDO POR EJECUTAR							\$571,638				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							99%				
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	
77639539		\$1,845,226		\$230,653		\$295,236		3	\$44,950	\$570,839	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.											
Bibiana Yulieth Avila Bohorquez 20888182 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											

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, técnico y/o tecnólogo, 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	historias clínicas, ficha de notificación sivism, sisvecos, canalización a sirc
2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de alertas.	generar orientación y disminuir barreras de acceso a la salud de las familias valorizadas	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
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	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	asistir a las reuniones que genere la SDS	acta de asistencia
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.	ser un canal de orientación en las familias caracterizadas	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
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 líder 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 y subir los productos a día como lo establece el convenio	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
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.	tener todos los soportes que requiere la SDS para auditoría de las familias caracterizadas	acta de certificación y entrega de productos
9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	informar a los entes de emergencia con relación a situaciones de emergencias que puede ocurrir en el terreno	informe escrito de novedad al líder de localidad
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.	realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
11. Ejercer los principios de autogestión, auto-regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas.	dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial	Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE
13. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados 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.	Usar los utensilios dados por la subred en buen estado	equipo de cómputo en buen estado
14. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	seguir los lineamientos de salud a mi barrio salud a mi vereda	seguir las normas y las actividades de salud a mi barrio salud a mi vereda

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 S SUR # 74 - 94	2647952	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-05	2024-05	I	21/06/2024	77639539	\$597.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	597.000	597.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 S SUR # 74 - 94	2647952	leidicita-333@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-05	2024-05	I	21/06/2024	77639539	\$597.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1032450697	CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE				59	0		N									X										25-14	1.845.225	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

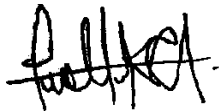
NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

LEIDYMILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA

C.C 1032450697 DE BOGOTÁ

La suma de Cuatro Millones Ciento Once Mil Seiscientos Cuarenta y Cuatro Pesos (**\$4.111.644**) **M/CTE**, Por prestar servicios como **PSICOLOGA** en el área de Gestión 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. durante el periodo del **01 al 30 de Junio de 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **N°5107-2023**



LEIDYMILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA

C.C 1032450697 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORRO SDA VIVENDA (BANCO)

NUMERO 0550008600775111