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	1704			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1665	FECHA	2024-07-10 15:54:04.000	NÚMERO DE CRP	39945	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
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:	$19,990,350
VALOR EJECUTADO	$19,990,350
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
9467710211	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 Surcidente

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.	Se realiza evaluación del plan de cuidado institucional estableciendo una línea de comparación entre lo obtenido en la caracterización y lo apropiado con la implementación; 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 desde seguridad alimentaria y nutricional, infancia, condiciones transmisibles, salud mental, condiciones no transmisibles, entre otras; se realiza valoración de las condiciones en salud bucal, monitoreo a la calidad del cepillado y verificación de asistencia a consulta odontológica.	Formatos de caracterización, formato plan de cuidado institucional, sesiones colectivas y plan de cuidado cualitativo, formato de acta
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 evaluación del plan de cuidado institucional estableciendo una línea de comparación entre lo obtenido en la caracterización y lo apropiado con la implementación; 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 desde seguridad alimentaria y nutricional, infancia, condiciones transmisibles, salud mental, condiciones no transmisibles, entre otras; se realiza valoración de las condiciones en salud bucal, monitoreo a la calidad del cepillado y verificación de asistencia a consulta odontológica.	Formatos de caracterización, plan de cuidado, acta de relatoria.
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 la salud bucal de los niños en las sesiones de implementación se realiza canalizaciones si se identifican alertas.	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 la salud bucal de los niños y niñas del HCB por medio de rondas, canciones, técnica demostrativa de la técnica de cepillado, sensibilización en la importancia de la salud bucal.	Plan de cuidado institucional
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud	Participación de las actividades, encuentros y encuestas propuestas por la Subred Suroccidente.	Participación de las actividades, encuentros y encuestas propuestas por la Subred Suroccidente.
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 junio	Formatos de caracterización, 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 , 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, planes de cuidado cualitativos.
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, acta, plan de cuidado, sesiones colectivas.
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	Asistencia a conversatorios	Acta y listado de asistencia

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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 realiza pago en los tiempos estipulados	Doporte de pago de SGSS del mes de mayo

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
2024-05	2024-05	718873405	9467710211	I	2024/06/14	2024/06/20	BANCO FALABELLA	6	$497,400

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
2024-05	2024-05	718873405	9467710211	I	2024/06/14	2024/06/20	BANCO FALABELLA	6	$497,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$1,300	$0	$257,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$255,900	$1,300	$0	$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$200	$0	$39,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
TOTAL				1	$494,900	$2,500	$0	$497,400

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 /2024

LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DESALUDSUR OCCIDENTEE.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

NAYIBEQUITIAN VARGAS

CC1.030.588.149 de Bogotá

La suma de $3.998.070 tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta PESOSM/CTE, por concepto de servicios COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA durante el periodo del 01 al 30 de junio 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 DE AHORROS BANCOFALABELLA

NUMERO 111150418923

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		
	FEBRERO 2024.pdf (Archivado)	FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO MARZO 2024 (3).pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO MARZO 2024 (3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO ENERO 2024 (2).pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO ENERO 2024 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >