| 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: | Cinthya karina Diaz Castro | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1144050701 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | cinkadiaz@gmail.com | | | | CELULAR: | 3430407 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K32 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24062240035 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2344 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2056 | FECHA | 2024-09-20 12:21:53.000 | NÚMERO DE CRP | 60036 | FECHA | 2024-09-23 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL GEOGRAFO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-09-01 | | 2024-09-30 | | |
| 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: | $31,984,560 |
| VALOR EJECUTADO | $31,984,560 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1065523243 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

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

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 |
|---|---|---|
| Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas, criterios de calidad, oportunidad y veracidad | No se programó para este mes | No aplica |
| Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o actividades establecidas según y/o según necesidad | No se programó para este mes | No aplica |
| Realizar activación de ruta oportuna (Canalizaciones) para dar respuesta a los casos identificados | No se programó para este mes | No aplica |
| Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado | Seguimiento en equipo al Plan de Acción establecido | Plan de Acción vigencia septiembre 15 - octubre 15 de 2024 |
| Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad | No se programó para este mes | No aplica |
| Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud) | No se programó para este mes | No aplica |
| Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado | No se programó para este mes | No aplica |
| Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad | Reporte de datos para indicadores | Indicadores plataforma GESI |
| Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida | Asistencia como expositora a COVE, presentación BEL Fontibón Semestre I - 2024 | Asistencia a COVE local de Fontibón |
| Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda | Alistamiento de soportes para preauditoría | Soportes cargados en OneDrive |
| El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad | Asistencia técnica con referente de SDS para el Componente Geográfico 02/09/2024<br>Reunión mensual Componente Geográfico 12/09/2024<br>Elaboración capítulo 1 BEL Fontibón semestre I de 2024, riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años<br>Consolidación documento BEL Fontibón Semestre I de 2024<br>Ajuste cartografía oferta de servicios y casos de riesgo de desnutrición capítulo 1 BEL Fontibón semestre I de 2024<br>Estandarización y georreferenciación Base SISVAN<br>Creación aplicativo tipo comparación, indicador tasa de mortalidad en menores de 5 años para Mapoteca Distrital<br>Elaboración presentación BEL Fontibón semestre I de 2024, riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años para COVE local | Acta de asistencia técnica con referente de SDS 02/09/2024<br>Acta reunión mensual Componente Geográfico<br>Capítulo 1 BEL Fontibón<br>Documento BEL Fontibón<br>Mapa oferta de servicios y casos de riesgo de desnutrición en capítulo 1 BEL Fontibón semestre I de 2024, y OneDrive<br>Base SISVAN Geocodificación10092024<br>Aplicativo tipo comparación, indicador tasa de mortalidad en menores de 5 años en ArcGIS Online<br>Presentación BEL Fontibón semestre I de 2024, riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años para COVE local |
| Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS | No se programó para este mes | No aplica |
| Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución | No se programó para este mes | No aplica |
| Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna | No se programó para este mes | No aplica |
| Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución | No se programó para este mes | No aplica |
| Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual | Organizar y subir información del mes de septiembre a OneDrive | Datos e información del mes de septiembre en OneDrive |
| Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interes en salud publica, cuando sea requerido por el hospital ya participar en los espacios de planeación y formulación programadas por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes | Asistencia a reunión para el desarrollo del proceso de planeación territorial equipos básicos extramurales de hogar | Asistencia a reunión para el desarrollo del proceso de planeación territorial equipos básicos extramurales de hogar |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-09-02, 04:29:06 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2024 |
| **Empresa** | CINTHYA KARINA DIAZ CASTRO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1144050701 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1065523243 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 885829373 |
| **Banco** | (1032) - BANCO CAJA SOCIAL |
| **Valor** | $ 494.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.10 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 255.900 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | $ 200.000 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 39.000 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 494.900 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 494.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CINTHYA KARINA DÍAZ CASTRO**

**C.C 1144050701 DE CALI**

La suma de tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta Pesos ($3.998.070), por concepto de servicios como Profesional Universitario 2 Geógrafo en el entorno Vigilancia en Salud Pública, durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No M-2344-2024

Cinthya Karina Díaz Castro

**CINTHYA KARINA DÍAZ CASTRO**

**C.C 1144050701 DE CALI**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24062240035**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de septiembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

**MARÍA MERCEDES ROBAYO LÓPEZ**
**Líder de Proceso**
**Vigilancia en Salud Pública**

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

*blank*

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

*blank*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Certificado SECOP Pago Febrero_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Febrero_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Marzo_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Marzo_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Abril_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Abril_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Mayo_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Mayo_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Junio_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Junio_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Julio_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Julio_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Certificado SECOP Pago Agosto_2024.pdf | Certificado SECOP Pago Agosto_2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >