| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | maria del pilar martinez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52227485 | |
| CORREO ELECTRONICO: | mapimartinez1975@gmail.com | | | | CELULAR: | 3202217886 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K27-1 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488400220130 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5616 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2161 | FECHA | 2024-10-03 12:31:24.000 | NÚMERO DE CRP | 61807 | FECHA | 2024-10-07 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-09-01 | | 2024-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,845,204 | | | | |
| 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: | $6,150,782 |
| VALOR EJECUTADO | $6,150,782 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,845,204 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8380178399 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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 |
|---|---|---|
| 1. El digitador debe 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 | REALIZAR APOYO EN LA BASE DE PUNTOS SOCIALES Y CRITICOS DE LAS LOCALIDADES DE KENNEDY, PUENTE ARANDA, BOSA II Y FONTIBON | BASE PUNTOS SOCIALES Y CRITICOS |
| 2. 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. | DESARROLLAR EL ORDEN CONFORME LA APERTURA DE CONJUNTOS RESIDENCIALES Y REFORZAR AVANZADA EN LOS BARRIOS DE CADA LOCALIDAD | ACTAS |
| 3. Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, | REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LAS LOCALIDADES DE FONTIBON, KENNEDY, BOSA II Y PUENTE ARANDA | ACTAS |
| 4. 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, | SE HA ASISTIDO A REUNIONES, DE ASISTENCIA TÉCNICA ORDINARIAS O EXTRAORDINARIAS PARA EL GRUPO DE AVANZADA | ACTAS |
| 5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, | E ASISTE A BARRIOS Y CONJUNTOS PARA SOCIALIZAR EL PROGRAMA SALUD A MI BARRIO | ACTAS |
| 6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas | REALIZAR LOS AJUSTES SEGÚN EL REQUERIMIENTO DE LA GUIA TECNICA DE EAC - AVANZADA | ACTAS - BASE DE DATOS |
| 7. Implementar actividades lúdicopedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, | ENTREGA DE DICHO CONTROL DEL GRUPO DE AVANZADA DE LAS LOCALIDADES DE BOSAII, KENNEDY, FONTIBON Y PUENTE ARANDA, PARA EL PERIODO NO SE GENERO PROCESO DE AUDITORIA | ENTREGA DE DICHO CONTROL DEL GRUPO DE AVANZADA DE LAS LOCALIDADES DE BOSAII, KENNEDY, FONTIBON Y PUENTE ARANDA, PARA EL PERIODO NO SE GENERO PROCESO DE AUDITORIA |
| 8. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. | SE PRESENTA CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES E INFORMES DE LA GESTIÓN REALIZADA POR EL GRUPO DE AVANZADA EN LAS LOCALIDADES DE BOSA II, KENNEDY, PUENTE ARANDA, Y FONTIBON | BASE CRONOGRAMA |
| 9. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión | PARA EL PERIODO NO SE PRESENTARON EVENTUALIDADES QUE INTERFIERAN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES | ACTAS - BASE DE DATOS |
| 10. 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 PORTAN ELEMENTOS INSTITUCIONALES DE FORMA ADECUADA | ACTAS |
| 11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado. | REALIZAR EL CONTROL CONFORME AL GRUPO DE AVANZADA DE LAS LOCALIDADES DE BOSA II, KENNEDY, PUENTE ARANDA Y FONTIBON | ACTAS - BASE DE DATOS |
| 12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | DURANTE EL PERIODO NO SE PRESENTAN SOLICITUDES | ACTAS |
| 13. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. | SE DA UN USO OPTIMO A LOS EQUIPOS Y/O ELEMENTOS ASIGNADOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES QUE EXIGE EL CONVENIO PARA EL FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE SALUD | ACTAS - BASE DE DATOS |
| 14. 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 DA CUMPLIMIENTO CONFORME A LA NORMATIVIDAD DE LA GUIA OPERACIONAL DE EAC - ABORDAJE | ACTAS - BASE DE DATOS |
| 15. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos. | SE DA CUMPLIMIENTO CONFORME A LA NORMATIVIDAD DE LA GUIA OPERACIONAL DE EAC - ABORDAJE | ACTAS - BASE DE DATOS |

Copia Controlada 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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**María del Pilar Martínez**

**C.C 52227485 DE BOGOTA**

La suma de un millón ochocientos cuarenta y cinco mil doscientos cuatro pesos m/cte ($1.845.204), por concepto de servicios como Digitador en el entorno Hogar durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5616-2024.

María del pilar Martínez

**(María del Pilar Martínez)**

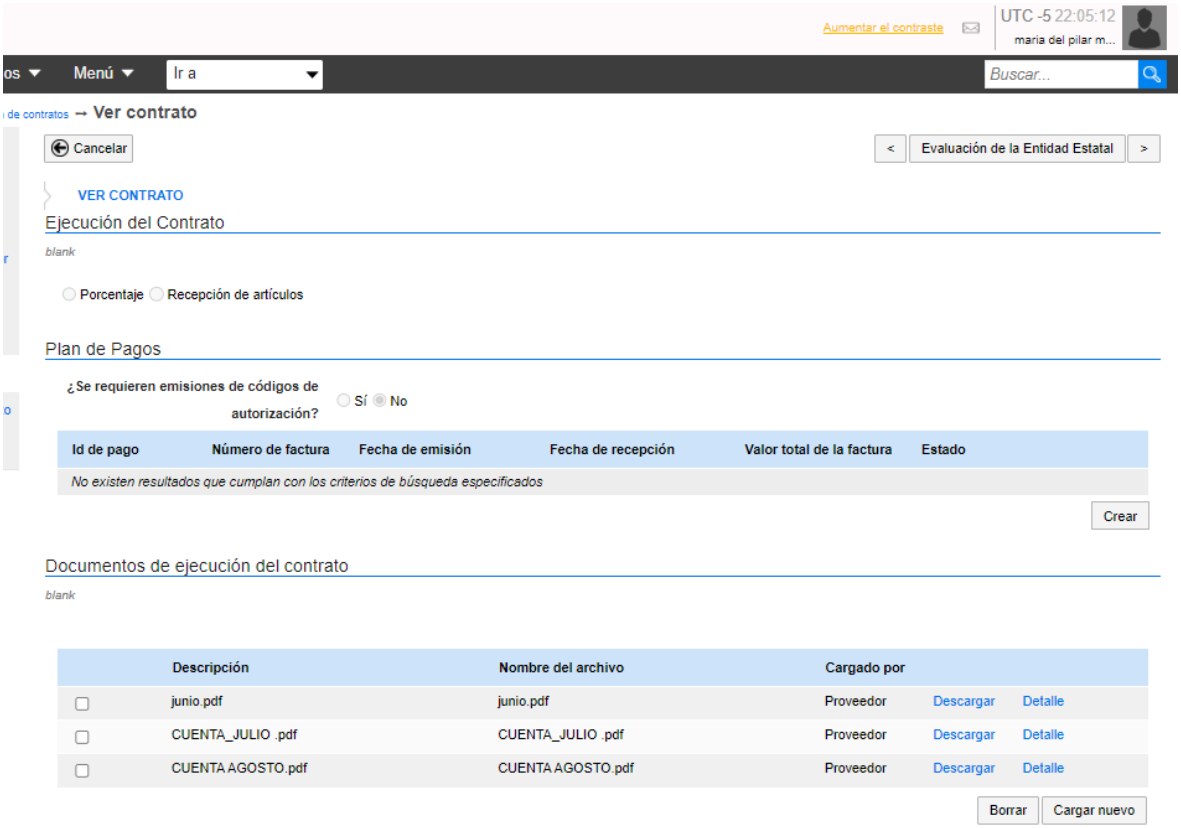
**C.C 52227485 DE BOGOTA**

**CUENTADEAHORROS BANCODavivienda**

**NUMERO 488400220130**

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

**ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Hogar**


Aumentar el contraste
UTC -5 22:05:12
maria del pilar m...
Menú
Ir a
Buscar...
de contratos → Ver contrato
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
junio.pdf
junio.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA_JULIO .pdf
CUENTA_JULIO .pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO.pdf
CUENTA AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

**Señor(es):** MARIA DEL PILAR MARTINEZ
**Nit:** CC 52227485
**Dirección:** calle 57 a No 81 c 12
**Teléfono:** 3202217886 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | MARIA DEL PILAR MARTINE |
| Tipo y número de identificación | 52227485 |
| Número de radicación planilla | 8380178399 |
| Fecha de pago | 9/11/2024 |
| Número de autorización de pago | 73623599 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Agosto 2024 |
| Periodo cotización pensión | Agosto 2024 |
| Periodo cotización caja | Agosto 2024 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $402.200 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $31.700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $208.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $162.500 | 1 |

PAGADO 73623599

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| № | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52227485 | MARTINEZ MARIA DEL PILAR | EPS008 | 25-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.300.000 | 1.300.000 | 0 | 1.300.000 | 0 | | | 208.000 | 0 | 0 | 162.500 | 0 |

PAGADO 7502-3599

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información