| | | |
|---|---|---|
| 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: | Laura Camila Colmenares Gamboa | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1019985425 | |
| CORREO ELECTRONICO: | laura-colmenares@juanncorpas.edu.co | | | | CELULAR: | 6015366728 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 10004001180 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7096 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2352 | FECHA | 2024-11-13 16:01:02.000 | NÚMERO DE CRP | 69913 | FECHA | 2024-11-15 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN MEDICINA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-20 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $915,492 | | | | |
| 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: | $2,807,509 |
| VALOR EJECUTADO | $915,492 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $915,492 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,892,017 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NUEVO CONTRATO | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Conocer los lineamientos para asi mismo conocer dinamicas a ejercer en el convenio | Reconocer las funciones como Medico General se asumiran en los equipos extramurales |
| . Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado. | Acudir a actividades de capacitacion | Participar, resolver dudas, conocer nuevos lineamientos de equipos extramurales |
| Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | Conocer los medios y procesos por los cuales se realizaran las notificaciones por medio de capacitaciones guiadas por expertos | Adquirir y reforzar conocimientos adquiridos, teniendo en cuenta nuevas modificaciones en el nuevo modelo |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes. | Reforzar conceptos sobre las rutas integrales de atencion en salud, con enfoque integral | Participar en dichas actividades en pro de las atenciones que se realizaran en los usuarios |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. | Asistir a reuniones, capacitaciones realizadas durante induccion | Conocer las diferentes rutas, notificaciones, lideres, actividades a seguir, por medio de induccion. |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Conocer los derechos y los deberes de los usuarios poseen en el marco de atencion extramural | Conocer por medio de las capacitaciones la importancia que ejercen los usuarios como base de la atencion extramural |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión 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. | Recibir capacitacion sobre los productos como medicos tenemos a cargo | Adquirir la responsabilidad de cumplir dichas metas a cabalidad |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control | Conocer los procesos de auditoria por parte de entes de control en las actividades de capacitacion | Realizar productos de calidad para buen rendimiento en auditorias, de acuerdo a las instrucciones recibidas en capacitacion |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Estar atentos a agendamientos y acitivdades mensuales que se dara en el contexto de MAS bienestar | Participar en dichas actividades de forma integral como profesional de la salud |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas | Por medio del proceso de induccion se conoce el proceso de como atender dichas solicitudes o quejas | En el desarrollo del convenio, implementar herramientas adquiridas en induccion para mejoria de respuesta |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio | Estar atentos a indicaciones de lideres asi mismo novedades durante el desarrollo de actividades | Tener adecuados canales de comunicacion entre lideres y profesionales para cumplir metas. |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Capacitacion del uso de insumos, elementos de la subred para mantener imagen institucional | Usar con decoro y respeto los elementos que se proveen |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. | Usar elementos como carnet y chaqueta institucional, asi mismo proveer numero institucional a usuarios para proveer informacion | Portar elementos que nos distinguen como funcionarios de la subred |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Adquirir durante induccion los equipos necesarios para realizar actividades extramurales | Hacer uso adecuado y cuidados de los mismos |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Cumplir con los soportes que sean solicitados durante desarrollo del convenio | Respuesta eficiente ante solicitudes que sean generadas |

Copia Certificada Subred Suroccidente

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**LAURA CAMILA COLMENARES GAMBOA**

**C.C 1.019.985.425 de Bogotá**

La suma NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS M/CTE ($915.492), por concepto de servicios como Medico General, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 20 al 31 de Octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7096-2024



**LAURA CAMILA COLMENARES GAMBOA**
**C.C 1.019.985.425 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 10004001180**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 20 al 31 de Octubre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



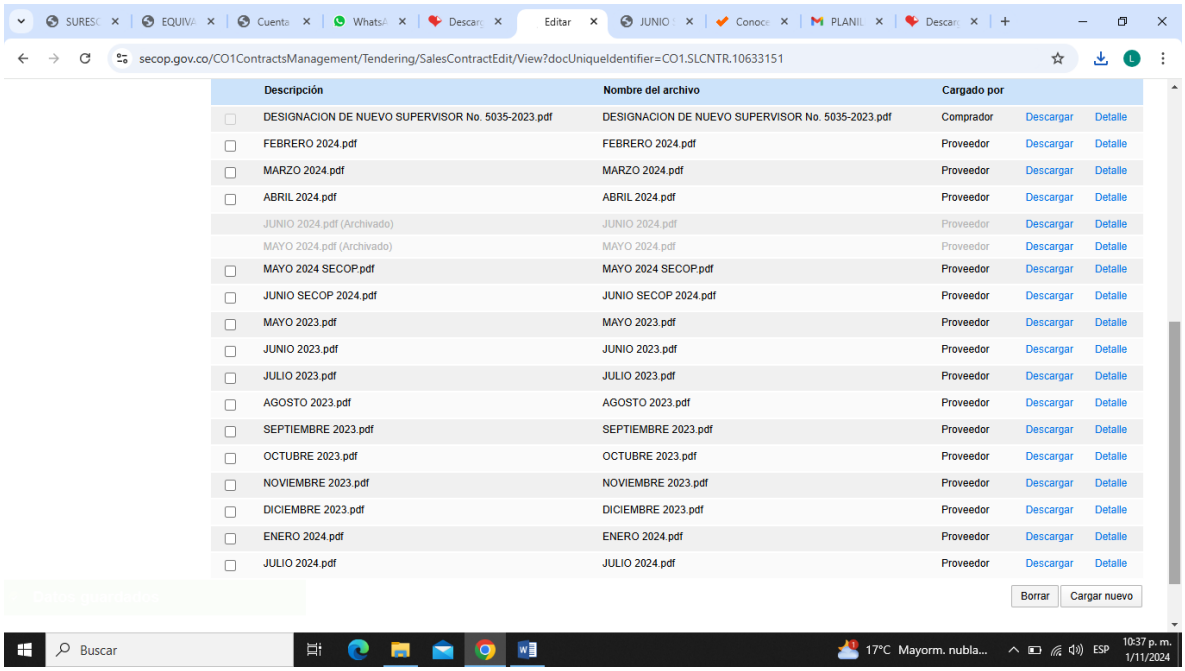
**_____**

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**
**Equipos Básicos extramurales**

**LAURA CAMILA COLMENARES GAMBOA**

**CC 1.019.985.425**

**SECOP II**



compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1019985425 | LAURA CAMILA COLMENARES GAMBOA | Calle 86 # 95 - 23 Bloque D3 Apto 311 | 5366728 | laura-colmenares@juanncorpas.edu.c | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | | 82010959 | $149.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 59.600 | 0 | | 0 | | 0 | 17 | 800 | 0 | 60.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 76.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 1.000 | 0 | 77.300 | 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 | 11.700 | | | | 11.700 | 17 | 200 | 11.900 | | | 117 | 11.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 17 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 17 | 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 | 59.600 | 60.400 |
| Pensión | 1 | 76.300 | 77.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.700 | 11.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 147.600 | 149.600 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1019985425 | LAURA CAMILA COLMENARES GAMBOA | | Calle 86 # 95 - 23 Bloque D3 Apto 311 | 5366728 | laura-colmenares@juanncorpas.edu.c | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | | 82010959 | $149.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1019985425 | COLMENARES GAMBOA LAURA CAMILA | 57 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 476.667 | 76.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 476.667 | 59.600 | 14-11 | 476.667 | 3 | 11.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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