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:	Olga Cecilia Chaparro Gutiérrez								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026270006			
CORREO ELECTRONICO:	olgag13@hotmail.com				CELULAR:	9336124			
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	24105122382						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7662			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	2354	FECHA	2024-11-13 16:04:13.000	NÚMERO DE CRP	70457	FECHA	2024-11-15 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL				
		2024-11-01		2024-11-30				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,664,415							
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:	$5,997,105
VALOR EJECUTADO	$5,997,105
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,664,415
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
81135136	$1,332,690	$166,586	$213,230	3	$32,464	$412,281

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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.	Depuración de bases, realización de actas y demás productos correspondientes.	Entrega de productos realizados, bases, actas y demás correspondientes
Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o actividades establecidas según y/o según necesidad	No aplica	No aplica
Realizar activación de ruta oportuna (Canalizaciones) para dar respuesta a los casos identificados	Diligenciar formato SIRC de acuerdo a necesidades identificadas del caso y enviar correo respectivamente con la canalización	Formato de canalizaciones diligenciado, correo de envío
Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	Realizar preauditoria de productos entregados	Realización de acta
Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad.	Participación en asistencias técnicas programadas	Listado de asistencia
Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad,completitud).	Depuración de base y soportes físicos	Depuración de base y soportes físicos
Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	Participar y apoyar la realización de unidad de análisis, selección del caso, realización de soportes	Presentación del caso, acta y listado de asistencia
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.	Realización de informes mensuales	Informes y bases solicitadas
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.	Participación en COVES, reunión de equipo	Listado de asistencia
Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	Realizar preauditoria de soportes de IEC	Acta
El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	Entregar los productos solicitados de acuerdo a requerimiento	Actas, correos
Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	No Aplica	No Aplica
Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución	Ejecutar las actividades correspondientes de acuerdo al lineamiento	Actas, listados de asistencia
Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna.	No programado este mes	No programado este mes
Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	No Aplica	No Aplica
Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual.	No Aplica	No Aplica
. Verificar y garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas.	Utilizar de manera adecuada los insumos disponibles y necesarios en la realización de las diferentes actividades con responsabilidad y cuidado	Listado de firma

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ
C.C 1026270006 DE BOGOTA

La suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS $ 4.664.415** por concepto de servicios como **Profesional Enfermería Universitario 2** en el entorno **VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA** durante el periodo de 1 al 30 de noviembre de 2024 y más adicionales pendientes del mes de octubre, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **7662/2024**

Olga Cecilia Chaparro Gutierrez

OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ
CC 1026270006 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL NUMERO 24105122382

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **noviembre 2024 y más adicionales del mes de octubre** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
Lider de Proceso
Vigilancia en Salud Pública

Lady Viviana Rodriguez G

LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
Referente 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

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		
☐	CERTIFICADO DE PAGO FEBRERO_OLGA CHAPARRO _1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO FEBRERO_OLGA CHAPARRO _1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO DE PAGO MARZO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf (Archivado)	CERTIFICADO DE PAGO MARZO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO MARZO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO MARZO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO ABRIL_OLGA CHAPARRO_1023878832.pdf	CERTIFICADO DE PAGO ABRIL_OLGA CHAPARRO_1023878832.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE MAYO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE MAYO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE JUNIO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE JUNIO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO JULIO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO JULIO_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO AGOSTO_OLGA CHAPARO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO AGOSTO_OLGA CHAPARO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO SEPTIEMBRE_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO SEPTIEMBRE_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO 1_15 OCTUBRE_OLGA CHAPARRO _1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO 1_15 OCTUBRE_OLGA CHAPARRO _1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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		
☐	OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ.zip	OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE PAGO 23_31 DE OCTUBRE_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	CERTIFICADO DE PAGO 23_31 DE OCTUBRE_OLGA CHAPARRO_1026270006.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1026270006	OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ	CL 48 L SUR 5 D 18 INT 3	9336124	olgag13@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	23/10/2024	81135136	$526.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	0	0	32.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	526.900

PAGADA

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	1026270006	OLGA CECILIA CHAPARRO GUTIERREZ		CL 48 L SUR 5 D 18 INT 3	9336124	olgag13@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	23/10/2024	81135136	$526.900	

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	1026270006	CHAPARRO GUTIERREZ OLGA CECILIA	57	0			N																	230301	1.599.250	255.900	0	0	0	0	EPS005	1.599.250	200.000	14-11	1.599.250	3	39.000	CCF24	1.599.250	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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