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:	BRICEIDA GONZALEZ FUENTES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52481936	
CORREO ELECTRONICO:	briceidagonzalez1978@gmail.com				CELULAR:	3 2 1 3 9 8 2 6 4 0	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4534771954				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2953			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72525	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,746,912				
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:	$17,469,120
VALOR EJECUTADO	$17,469,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
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
81130331	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta promocion y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiovascular,ruta de cáncer ,ruta de alteraciones nutricionales, ruta de enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas,	Se realiza asignacion de citas para ruta materno perinatal, asignacion de citas ruta cardiovascular y demandas inducidas para ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Realizacion de segumiento de la ruta materno perinatal, entrega de citogias, entrega de suministros para toma de basiloscopias y posterior reporte a dinamica y envio de libros actualizados mensuales a lider y referentes de cada ruta
Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Se brinda informacion a los usarios sobre conductas riesgosas para la salud, como el consumo de tabaco y el abuso de alcohol, el sedentarismo y la alimentación no saludable, y reemplazarlas con hábitos saludables.	Brindar informacion clara y comprensible que facilite sastifacer las necesidades de los usuario.
Realizar la notificación inmediata y semanal de eventos de interés en salud publica con la debida precritica	Realizar notificacion inmediata cumpliendo los protocolos establecidos y utilizando las fichas repectivas de cada evento, Realizar la notificacion semanal en los horarios establecidos para evitar reportes negativos	Enviar evidencias de las noficaciones de los eventos realizados en el trascurso del dia y semanales a los correos asignados y en los horarios establecidos
Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Participar activamente en los COVE mensual en los dias, lugares y horarios establecidos	Firmar las asistencias y llenar pretes , postes realizar retroalimentar a los profesionales y demas compañeros por medio de correos y actas.
Responder por el inventario de los consultorios a sus cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario a este	Realizar registro de inventario a diario a los consultorio 106-103-105	Realizar seguimiento a los consultorios verificando que esten en buen estado y que cumplan con los suministros necesarios
Verificar el diligenciamiento completo de agenda de cada uno de los profesionales	Se verifica a diario agendas que esten al 100% llenas	Entrega de Ritz a profesionales
Dotar los consultorios de elementos medico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Se solicita insumos mensuales para la dotacion de consultorios	Se solicita insumos mensuales para la dotacion de consultorios
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	Realizar la debida limpieza y desinfeccion a los consultorios 106-103-105	Registro en carpeta de limpieza y desinfeccion de consultorios
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	Participar en todas las capacitaciones como Conversatorios de Calidad, Enfoque Diferencial y La Subred se Conecta	Firmar asistencia, llenar pretes y postes de las actividades vistas
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objetivo de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred	Mantener en reserva la informacion de los usuarios y profesionales	Enviar la informacion al profesional que lo solicita
Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos	Poner en practica mis conocimientos para lograr todos los objetivos solicitados por la subred	Evaluaciones y cumplimientos a cada uno de los lineamientos requeridos
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integridad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Dar un trato humanizado y respetuoso con informacion clara y veraz a todos los usuarios	Brindar una atencion humanizada clara y oportuna a todos los usuarios
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Participar en cada uno de los procesos de habilitacion y acreditacion aportando un buen manejo de los protocolos	Firmar asistencia, llenar pretes y postes y participar en las actividades para obtener mejores resultados
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	Reportar de forma oportuna e inmediata de los eventos adversos para minimizar algun riesgo de peligro que comprometa la vida de los usuarios	Reportar en las paginas de seguridad del paciente y en los correos asignados
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	Participar en todas las capacitaciones como Conversatorios de Calidad, Enfoque Diferencial y La Subred se Conecta	Firmar asistencia, llenar pretes y postes y participar activamente en las actividades
Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 783 de 2002,	Realizar el pago de la planilla en su respectivo mes y reportarlo a lider	Presentar soportes de pago realizado cada mes en las fechas solicitadas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato.	Realizar las actividades encomendadas por el lider y los referentes de cada ruta dando cumplimento a cabalidad en los tiempos establecidos	Entrega de reportes y evidencias de las actividades realizadas al lider y referentes de cada ruta

Copia Certificada Subred Sur Occidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 E.S.E

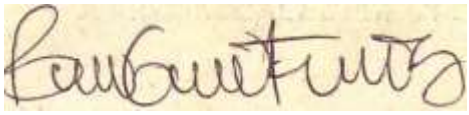
NIT 900.959.048-4

DEBEA:

BRICEIDA GONZALEZ FUENTES

CC 52481936 DE BOGOTA

La suma de $1.746.912 por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar de Enfermería durante el periodo de NOVIEMBRE 01 al 30 de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2953-2024



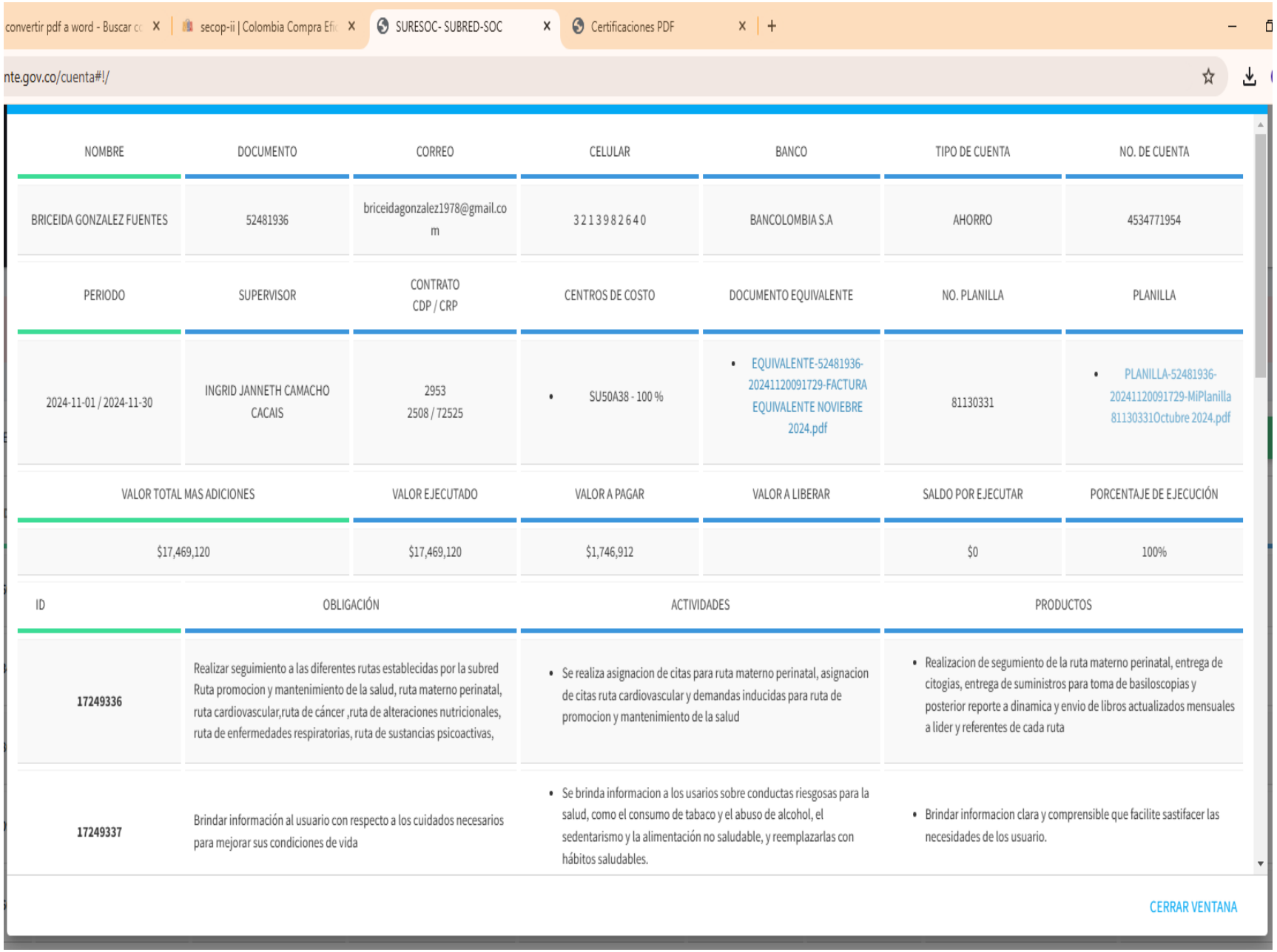
BRICEIDA GONZALEZ FUENTES

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA

CC 52481936 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 045-347719-54



NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
BRICEIDA GONZALEZ FUENTES	52481936	briceidagonzalez1978@gmail.com	3213982640	BANCOLOMBIA S.A	AHORRO	4534771954

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2024-11-01 / 2024-11-30	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS	2953 2508 / 72525	• SU50A38 - 100 %	• EQUIVALENTE-52481936-20241120091729-FACTURA EQUIVALENTE NOVIEBRE 2024.pdf	81130331	• PLANILLA-52481936-20241120091729-MiPlanilla81130331Octubre 2024.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$17,469,120	$17,469,120	$1,746,912		$0	100%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
17249336	Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta promocion y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiovascular,ruta de cáncer ,ruta de alteraciones nutricionales, ruta de enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas,	• Se realiza asignacion de citas para ruta materno perinatal, asignacion de citas ruta cardiovascular y demandas inducidas para ruta de promocion y mantenimiento de la salud	• Realizacion de segumiento de la ruta materno perinatal, entrega de citogias, entrega de suministros para toma de basiloscopias y posterior reporte a dinamica y envio de libros actualizados mensuales a lider y referentes de cada ruta
17249337	Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	• Se brinda informacion a los usarios sobre conductas riesgosas para la salud, como el consumo de tabaco y el abuso de alcohol, el sedentarismo y la alimentación no saludable, y reemplazarlas con hábitos saludables.	• Brindar informacion clara y comprensible que facilite sastifacer las necesidades de los usuario.

CERRAR VENTANA

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	52481936	BRICEIDA GONZALEZ FUENTES	calle 65sur # 93d-46	3213982640	briceidagonzalez1978@gmail.com	
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	13/11/2024	81130331	$402.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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
CC	52481936	BRICEIDA GONZALEZ FUENTES		calle 65sur # 93d-46	3213982640	briceidagonzalez1978@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	13/11/2024	81130331	$402.200	

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	Estornudo	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	52481936	GONZALEZ FUENTES BRICEIDA	57	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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