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:	MONICA SEGURA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030594099	
CORREO ELECTRONICO:	monik_a1991@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTROS ENFERMERIA 79 CARVAJAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU57N04	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590474420				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2610			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72252	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:	$1,851,816						
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:	$18,518,160
VALOR EJECUTADO	$18,518,160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
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
9475196049	$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.

JACQUELINE MYRIAM RAVELO RODRIGUEZ
51699019
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 de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, cardiocerebrovascular, cancer, alteraciones nutricionales, enfermedades respiratorias, sustancias psicoactivas y salud mental)	Se realiza demanda inducida, diligenciamiento de bases y aplicativo.	Libros de excel y Dinamica
Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida. 3	Se infomacion sobre signos de alarma y cuidados.	Diligenciamiento de bases y aplicativo Dinamica
Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida practica	Realizar notificacion los lunes antes de las 12pm y los viernes si son festivos	plataforma sivigila y envio de correo
Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Asistir a las reuniones mensuales de Cove	listado de asistencia y envio de correo con socializacion de los cove
Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	Verificacion de insumos y equipos de los consultorios	lista de chequeo
Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	verificacion de agenda habilitada	correo, mjs de whatsapp al lider de la unidad para habilitarlas
Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Dotar con insumos y papeleria	Lista de chequeo
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos	Realizar limpieza y desinfeccion al terminar la jornada rutinaria y terminal	Formato de limpieza y desinfeccion
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	asistir a las red maternas, ulc y conersatorios programados	Lista de asistencia
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	Total reserva de informacion de los usuarios y nuestra institucion	plataforma dinamica
Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos 1	cumplir con lineamientos y verificacion en almera	Almera
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	Brindar una atencion humanizada, clara y concisa a nuestros usuarios	plataforma dinamica
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Participar y saber plataforma estrategica de nuestra institucion	almera
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios asì como reacciones adversas a medicamentos entre otras	estar atentos a los eventos q se presente en nuestra unidad y reportarlos	por nuestra plataforma S/P y formato fisico
Utilizar los elementos de protección personal y cumplie lineamientos del manual de bioseguridad.	utilizar los elementos de proteccion y realizar higienizacion y lavdao de manos para prestar una atencion segura	estrategia multimodal
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	participar en las actividades programas	Listado de asistencia
Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 2002 17.	Se entrega constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	"Cuenta de cobro mensual "
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	cumplir con las actividades y obligaciones de nuestro contrato	plataforma dinamica

Copia certificado Subred Suroccidente

JACQUELINE MYRIAM RAVELO RODRIGUEZ
51699019
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030594099		SEGURA SANCHEZ MONICA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIG 40C sur # 72J - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4969736	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046738539	9475196049	I	2024/11/26	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1030594099	SEGURA MONICA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030594099		SEGURA SANCHEZ MONICA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIG 40C sur # 72J - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4969736	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046738539	9475196049	I	2024/11/26	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

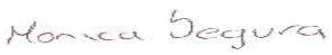
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MONICA DEL PILAR SEGURA SANCHEZ

C.C 1.030.594.099

La suma de un millón ochocientos cincuenta y un mil ochocientos dieciséis pesos m/cte (1.851.816), por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar de enfermería en el área de gestión del riesgo salud en la USS Carvajal durante el periodo de 1 al 30 de Noviembre del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2610/2024



MONICA DEL PILAR SEGURA SANCHEZ

CC 1.030.594.099

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590474420.

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		
☐	Enero.pdf	Enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO.pdf	MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO.pdf	MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO.pdf	JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO.pdf	JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO.pdf	AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	septiembre.pdf	septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >