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:	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016040229	
CORREO ELECTRONICO:	imunozmarti2711@gmail.com				CELULAR:	3196028356	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300721235				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7277			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2354	FECHA	2024-11-13 16:04:13.000	NÚMERO DE CRP	70085	FECHA	2024-11-15 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,920,626						
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:	$6,919,630
VALOR EJECUTADO	$6,919,630
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,920,626
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
81809501	$1,722,219	$215,277	$275,555	3	$41,953	$532,786

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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 conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	JORNADAS COMUNITARIA, ARTICULACION CON ANALISIS DE SITUACION Y CALIDAD DE VIDA, VISITAS DOMICILIARIAS, CANALIZACIONES A MODUCLO SIRC Y EAPB,ACCION DE ABOGACIA COMUNICACION Y MOVILIZACION SOCIAL, FORMACION COMUNITARIA, ASISTENCIA TECNICA A IPS, REUNION DE PACIENTES.	CORREO ELECTRONICO, MODULO SIR, ACTAS Y LISTADOS, REGISTRO FOTOGRAFICO
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-Subred Sur Occidente	JORNADAS COMUNITARIA, ARTICULACION CON ANALISIS DE SITUACION Y CALIDAD DE VIDA, VISITAS DOMICILIARIAS, CANALIZACIONES A MODUCLO SIRC Y EAPB,ACCION DE ABOGACIA COMUNICACION Y MOVILIZACION SOCIAL, FORMACION COMUNITARIA, ASISTENCIA TECNICA A IPS, REUNION DE PACIENTES.	CORREO ELECTRONICO, MODULO SIR, ACTAS Y LISTADOS, REGISTRO FOTOGRAFICO
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado	JORNADA DE HC EN LA LOCALIDAD DE BOSA	ACTAS Y LISTADOS
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas en las diferentes acciones realizadas, para articular el PIC y POS	CANALIZACIONES MODULO SIRC	CORREO ELECTRONICO Y FORMATO DE CANALIZACION
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria	PRE AUDITORIAS LIDER DEL PROCESO	ACTAS Y LISTADOS
Notificar todos los eventos de interés en salud pública	NO APLICA	NO APLICA
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	VISITAS DOMICILIARIAS	FORMATO DE SEGUIMIENTO
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	PRE AUDITORIAS LIDER DEL PROCESO	ACTAS Y LISTADOS
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	INFORME MENSUAL, PLAN DE ACCION, PROYECTO DE INVERSION, PIGI	CORREO ELECTRONICO
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado	PRE AUDITORIAS LIDER DEL PROCESO	ACTAS Y LISTADOS
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)	NO APLICA	NO APLICA
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes	NO APLICA	NO APLICA
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública	VISITAS DOMICILIARIAS	FORMATO DE SEGUIMIENTO
Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS	ASISTENCIA EN CLINICA DEL OCCIDENTE COMITE SDS	ACTAS Y LISTADOS
Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes	INFORME MENSUAL, PLAN DE ACCION, PROYECTO DE INVERSION, PIGI	CORREO ELECTRONICO
Realizar en articulación con el componente de análisis de Situación y Calidad de Vida, mapeo de actores sociales (comedores comunitarios, albergues para migrantes, habitantes de calle, ONG, etc,) que se constituyan en actores clave, para el beneficio de las personas afectadas por Tuberculosis y Lepra con mayor vulnerabilidad.	NO APLICA	NO APLICA
. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a casos de alta vulnerabilidad informados por los profesionales universitarios o técnicos de los programas locales. Todos los casos de co infección TB/VIH, deberán tener mínimo una visita bimestral, como medida de seguimiento estricto ante el alto riesgo de mortalidad.En los casos priorizados como habitantes de calle, migrantes, niños, indígenas, personas con discapacidad o en extrema pobreza, deberá realizarse seguimiento mensual y canalización a programas sociales de acuerdo con la necesidad evidenciada en cada una de las visitas	VISITAS A CASOS DE LA LOCALIDAD DE BOSA KENNEDY Y PUENTE ARANDA	FORMATO DE SEGUIMIENTO

Copia Controlada Subred Suroccidente

Realizar activación de ruta de gestión del riesgo individual, en el módulo de canalización SIRC, a casos identificados en visitas domiciliarias con tuberculosis sensible/resistente y Hansen de alta vulnerabilidad y/o baja adherencia al tratamiento para atención de afecciones crónicas y otras necesidades de la infancia, salud sexual y reproductiva, salud mental, gestantes, menores de 5 años entre otras en el marco de la gestión integral de prioridades y riesgos identificadas en el grupo familiar . Así como canalización a bono alimentario, bono emergencia, bono adulto mayor, programas integración social, empleo, educación, entre otros identificados en las visitas domiciliarias. Dicha gestión será registrada en el libro de pacientes en la variable correspondiente a acceso a ayudas sociales,	CORREO A EAPB Y MODULO SIRC	MODULO SIRC CORREO ELECTRONICO

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

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	1016040229	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ	CR 122A 17F-51	2988191	imunozmarti2711@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82505171	$648.500	

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	246.100	0		0		0	0	0	0	246.100	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	315.000	0	0	0	0	0	0		315.000	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	48.000				48.000	0	0	48.000			480	48.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	39.400	0	0	39.400	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	246.100	246.100
Pensión	1	315.000	315.000
Riesgos Laborales	1	48.000	48.000
CCF	1	39.400	39.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	648.500	648.500

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	1016040229	INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ	CR 122A 17F-51	2988191	imunozmarti2711@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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82505171	$648.500	

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	1016040229	MUÑOZ MARTINEZ INGRY MARCELA	59	0			N																	230301	1.968.250	315.000	0	0	0	0	EPS008	1.968.250	246.100	14-11	1.968.250	3	48.000	CCF24	1.968.250	39.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ

C.C 1016040229 DE BOGOTA

La suma de CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS VEINTISÉIS PESOS M/CTE) $ 4.920.626, por concepto de servicios como Profesional Universitario 1 – Psicóloga, en el Componente GPAISP, durante el periodo de 01 al 30 de noviembre de 2024 y horas adicionales realizadas durante el mes de octubre, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7277-2024



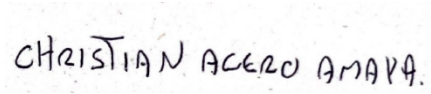
INGRY MARCELA MUÑOZ MARTINEZ

C.C 1016040229 de BOGOTA

CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550007300721235

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



_____
CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA
Apoyo a la supervisión
Componente GPAISP