| 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: | KATHERIN RUIZ MONTOYA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1233495533 | |
| CORREO ELECTRONICO: | Katherinruizmontoya1998@gmail.com | | | | CELULAR: | 3125644017 | |
| 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: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570456070071265 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8436 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2471 | FECHA | 2024-11-28 09:47:08.000 | NÚMERO DE CRP | 75053 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-12-01 | | 2024-12-09 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $735,435 | | | | | | |
| 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: | $1,476,224 |
| VALOR EJECUTADO | $1,476,224 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $735,435 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9478744371 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los nueve(9) días del mes de Diciembre 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 | Acciones en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en fisico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad | "Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes" |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento. | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes fisicos y digitales establecidos por la SDS |
| 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. | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificacion de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial | "Formato de activación de ruta digital.Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos" |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes | "Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial " | "Formato de caracterizacion y tamizaje Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos " |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, | "Asistir a capacitaciones e inducciones para identificacion de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo " | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Acciones en equipos extramurales identificacion de necesidades,problematicas en salud | Formato de caracterizacion y tamizajes,según parametros de SDS. |
| 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. | "Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social." | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria. | "Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envio de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos" |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos | Realizar entrega oportuna de actas y listados de firmas acorde a requerimiento de profesional de apoyo . | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas. | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes. | No aplica |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | "Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social." | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones | Realizar adecuado uso de los implementos de identificacion personal para un mejor acceso para la identificacion de riesgos . | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Mantener en optimas condiciones los equipos biomedicos para obtener un resultado adecuado de medidas antropometricas. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Realizar entrega oportuna de actas y listados de firmas acorde a requerimiento de profesional de apoyo . | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |

Copia sin validez
Subred Sur Occidente

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1233495533 | | RUIZ MONTOYA KATHERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 40 sur 87 b 14 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1111111 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1118736636 | 9478744371 | I | 2024/12/09 | 2024/12/11 | NEQUI | 2 | $121,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $390,000 | $62,400 | | | $390,000 | $48,800 | | | $0 | $0 | | | $390,000 | | $9,600 | | $0 | $0 | | $120,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $390,000 | $62,400 | | | $390,000 | $48,800 | | | $0 | $0 | | | $390,000 | | $9,600 | | $0 | $0 | | $120,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $390,000 | $62,400 | | | $390,000 | $48,800 | | | $0 | $0 | | | $390,000 | | $9,600 | | $0 | $0 | | $120,800 |
| 1 | CC | 1233495533 | RUIZ KATHERIN | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 9 | $390,000 | $62,400 | EPS005 | 9 | $390,000 | $48,800 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 9 | $390,000 | 2.436% | $9,600 | 0 | $0 | $0 | No | $120,800 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $390,000 | $62,400 | | | $390,000 | $48,800 | | | $0 | $0 | | | $390,000 | | $9,600 | | $0 | $0 | | $120,800 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1233495533 | | RUIZ MONTOYA KATHERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 40 sur 87 b 14 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1111111 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1118736636 | 9478744371 | I | 2024/12/09 | 2024/12/11 | NEQUI | 2 | $121,100 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $62,400 | $100 | $0 | $62,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $62,400 | $100 | $0 | $62,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,600 | $100 | $0 | $9,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $9,600 | $100 | $0 | $9,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $48,800 | $100 | $0 | $48,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $48,800 | $100 | $0 | $48,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$120,800** | **$300** | **$0** | **$121,100** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**Katherin Ruiz Montoya**

**C.C 1233495533 de Bogotá**

La suma de Setecientos treinta y cinco mil cuatrocientos treinta y cinco pesos Mcte) ($735.435), por concepto de servicios como auxiliar de enfermería Técnico 1, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 09 de Diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8436-2024

Katherin Ruiz Montoya

**C.C. 1233495533 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570456070071265**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 09 de Diciembre 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**

**Katherin  Ruiz Montoya CC 1233495533**

**SECOP II**

