

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión: 3  
Fecha de aprobación: 2/15/2018  
Código: 04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ DARY PEREZ OROZCO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	52189853		
CORREO ELECTRONICO:	luzdaryperez1975@hotmail.com			CELULAR:	7560505		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-6	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62480898473			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	7249			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2354	FECHA	2024-11-13 16:04:13.000	NÚMERO DE CRP	70058	FECHA	2024-11-15 22:16:25.000

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2024-12-01		2024-12-01

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$80,229

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:	\$3,690,561
VALOR EJECUTADO	\$3,690,561
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$80,229
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
81972184	\$1,017,668	\$127,209	\$162,827	3	\$24,790	\$314,826

Dado en Bogotá a los un(1) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL  
1022336479  
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Se da cumplimiento a las actividades afines al perfil profesional según los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad con calidad, oportunidad y pertinencia según el portafolio de servicios de la institución.	Se da cumplimiento a las actividades afines al perfil profesional según los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad con calidad, oportunidad y pertinencia según el portafolio de servicios de la institución. Se cumple a cabalidad con las actividades asignadas según contrato y lineamientos propuestos por secretaria de salud y la subred sur occidente.
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-ESE	Se da cumplimiento a las actividades y metas periódicas y designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por SDS-ESE.	Se realiza actividades según cronograma designado por las jefes extramurales, en jornadas de colegios y concentraciones programadas según disposición de SDS-ESE
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	Se realiza seguimiento a los menores de cinco años canalizados e identificados con riesgo y establecidos en plan de choque.	Se dio respuesta a las canalizaciones de menores de cinco años en riesgo por falta de vacunas o con esquemas atrasados.
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	Notificar todos los eventos de interés en salud pública	Se notifican todos los eventos en salud pública.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública	Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	Se realizan canalizaciones de los casos prioritarios que se identifican en campo.
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	Se realizan canalizaciones de los casos prioritarios que se identifican en campo.	Se realizo canalizaciones según las prioridades encontradas en campo.(vacunacion, crecimiento y desarrollo, atencion a gestantes, etc.)
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	Se informa a los individuos, familias y/o colectivos respecto a sus deberes y derechos respecto a seguridad social en salud. Se facilitan procesos de veeduría ciudadana y participación social.	Se dio informacion clara y de orientacion a los ciudadanos y familias sobre las entidades donde pueden asistir para gestionar procesos de aseguramiento en salud y así tener una mejor atencion en salud según se requiera.
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	Se realiza seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presentaron algun factor de riesgo en salud y se retroalimento en formato predeterminado.	Se canalizaron las gestantes y menores de 5 años encontrados en las respectivas concentraciones y jornadas que se realizan según programación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	Se realiza entrega de soportes y se vela por la custodia de los mismos.	De las actividades diarias de vacunacion se realiza entrega de formatos sis 150, consentimientos informados, canalizaciones y demanda inducida, con su respectiva calidad y custodia de los datos allí consignados.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	Se realizan ajustes de manera oportuna en los formatos sis 150, canalizaciones y demas papeleria acorde a las auditorias programadas.	Se realizo actividades de ajuste a los formatos sis 150, consentimientos informados para presentarlos con calidad según auditoria programada.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se entrego informes requeridos oportunamente con la calidad respectiva.	Según las metas diarias y mensuales se soporto con informes sistematizados de las acciones realizadas.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	Se alistaron los soportes para presentar a las auditorias programadas tanto de la ESE y la firma auditora o SDS.	Se realizaron jornadas de alistamiento de soportes con calidad, para presentar a la firma auditora y la SDS.
Asumir el 100% de la Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista.( incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras.)	Se asume glosa si es necesario en caso de inconsistencias encontradas en formatos de uso diario y si no se cumple con la meta asignada.	Se realiza preauditoria de los formatos para no generar glosas en lo posible.
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Subred Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública.	Se participa activamente en las jornadas dispuestas por la ESE y la SDS y se realiza abordaje según cada caso.	Se participo activamente en todas las jornadas de salud programadas por la Subred sur occidente(vacunacion y acompañamiento a los demas ambitos comunitarios, institucionales y locales.)
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	Se asistio a las asistencias tecnicas convocadas por la subred sur occidente ESE y la SDS.	Se firma listado de asistencia.

Formato lista de chequeo diaria de supervision de vehiculos de transporte de biologicos, dispositivos medicos e insumos, de acuerdo a ruta programada. Consolidada programacion de entrega de biologicos, dispositivos medicos e insumos por vehiculo y ruta diaria de 30 dias o de acuerdo a necesidad.	Se diligencia el formato de lista de chequeo según directriz de jefe extramural para supervision de adecuado transporte de los biologicos, insumos y dispositivos medicos dispuestos para cada jornada en los respectivos vehiculos.	Se diligencio formato de lista de chequeo a vehiculos asignados para cada jornada.
Formato de control de temperatura ambiental y humedad con registro dos veces al dia.	Se realiza control de temperatura ambiental y de humedad mañana y tarde.	Se registra control de temperatura mañana y tarde en formato fisico y magnetico.
Formato de novedades diario.	Se diligencia a diario el formato de novedades según corresponda.	Se diligencio el formato de novedades diariamente.
Documento plan de contingencia y poliza vigente con cubrimiento del total de biologicos, dispositivos medicos e insumos del programa a transportar.	Se identifica donde reposa el documento de plan de contingencia y polizas de cubrimiento del total de biologicos, dispositivos medicos e insumos para cada caso que se requiera.	Se identifico donde reposa el documento de plan de contingencia y poliza de cubrimiento del total de biologico para cualquier requerimiento

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL  
1022336479  
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 Sueroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

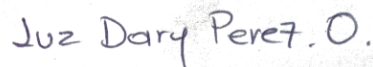
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ DARY PEREZ OROZCO**

**C.C 52189853 DE BOGOTA**

La suma de ochenta mil doscientos veintinueve pesos 80.229 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de Enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el día 01 de diciembre 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7249-2024



**LUZ DARY PEREZ OROZCO**

**C.C 52189853 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO**

**BANCOLOMBIA NUMERO 62480898473**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 de diciembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



---

**DIANA CAROLINA DAZA MARTINEZ**

**Apoyo a la supervisión**

**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52189853	LUZ DARY PEREZ OROZCO		CL 73 SUR 81B-53	3133925913	LUZDARYPEREZ1975@HOTM AIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81972184	\$428.200	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

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	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>428.200</b>	<b>428.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52189853	LUZ DARY PEREZ OROZCO		CL 73 SUR 81B-53	3133925913	LUZDARYPEREZ1975@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81972184	\$428.200		

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52189853	PEREZ OROZCO LUZ DARY	59	0	N																			230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA