

					Versión		3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018		
					Código:		04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CATHALINA PARDO MARÍN					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		52979367
CORREO ELECTRONICO:				kathapardom@gmail.com			CELULAR:		3504533126
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				U C S EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU46V07-15	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7590433822					PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		9767				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP		2658	FECHA	2024-12-23 11:26:13.000		NÚMERO DE CRP		82211	FECHA 2024-12-27 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-12-14			2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,520,804					
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:						\$4,736,081			
VALOR EJECUTADO						\$4,520,804			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,520,804			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$215,277			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						95%			
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	
82537417	\$2,841,615	\$355,202		\$454,658		3	\$69,222	\$879,082	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) 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									

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.	Participación en reuniones de asistencias técnicas, reuniones institucionales, diligenciamiento de matrices, bases e informes que dan cuenta de la operación de los EBE-H	Actas, bases e informes
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado	Participación en reuniones de asistencias técnicas, reuniones institucionales contempladas durante la operación de los EBE-H	Actas
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.	Se realizan actividades de inducción y se dan claridades al talento humano perteneciente a los EBE-H, para la operación territorial asignada según se requiera.	Actas
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	Se mantienen relaciones laborales e interpersonales dentro de los indicadores de humanización institucional, y se generan prácticas seguras en pro de mantener la seguridad del paciente y de los colaboradores pertenecientes a los EBE-H	N/A
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Participación en reuniones de asistencias técnicas, reuniones institucionales contempladas durante la operación de los EBE-H	Actas
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Participación en actividades programadas con la veedora institucional en pro de la mejora de las actividades programadas con los EBE-H	Actas
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.	Participación en reuniones de asistencias técnicas, reuniones institucionales, generación y diligenciamiento de matrices, bases e informes que dan cuenta de la operación de los EBE-H	Actas, bases e informes
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Para el período no se generaron procesos de auditoría	Actas e informes
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 alistamiento y programación de actividades contempladas en la operación de los EBE-H	Cronograma
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	Para el período no se generaron solicitudes de respuestas a quejas.	Actas e informes
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Para el periodo no se presentaron eventualidades que pudieran interferir en el desarrollo de las actividades proyectadas	Actas
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se mantienen normas de sana convivencia garantizando la adecuada imagen institucional en los diferentes espacios de participación	N/A
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	Portar de manera los elementos de identificación institucional, tales como chaqueta, carnet	N/A
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Se mantienen los equipos de computo asignados para la ejecución de las actividades en condiciones adecuadas.	N/A
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Se realiza proceso de gestión documental como soporte de actividades ejecutadas durante el periodo.	Actas, bases e informes, carpetas y unidades de conservación

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	52979367	CATHALINA PARDO MARIN		TRANSVERSAL 72 C No. 45 - 70 Sur Bloque 5	3504533126	
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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82537417	\$896.500

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	355.300	0		0		0	0	0	0	355.300	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	454.800	0	0	0	0	0	0		454.800	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	69.300				69.300	0	0	69.300			693	69.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.100	0	0	17.100	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	355.300	355.300
Pensión	1	454.800	454.800
Riesgos Laborales	1	69.300	69.300
CCF	1	17.100	17.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	896.500	896.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52979367	CATHALINA PARDO MARIN		TRANSVERSAL 72 C No. 45 - 70 Sur Bloque 5	3504533126	kathapardom@gmail.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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82537417	\$896.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52979367	PARDO MARIN CATHALINA	59	0		N																		230301	2.842.000	454.800	0	0	0	0	EPS008	2.842.000	355.300	14-11	2.842.000	3	69.300	CCF24	2.842.000	17.100	0	0	0	0	0	

PAGADA

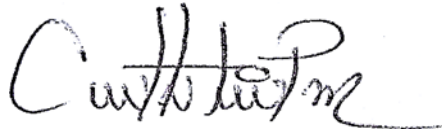
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

**DEBE A:
CATHALINA PARDO MARÍN**

CC: 52979367 de Bogotá

La suma de cuatro millones quinientos veinte mil ochocientos cuatro pesos Mcte) (\$4.520.804), por concepto de servicios como Profesional Especializado, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 14 al 31 de diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 9767-2024**



CATHALINA PARDO MARIN

C.C. 52979367 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 7590433822

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 14 al 31 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

SECOP II

Búsqueda ▼ **Mis procesos** ▼ **Menú** ▼ Ir a ▼

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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
☐	Cuenta Octubre.pdf	Cuenta Octubre.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	cuenta noviembre_merged.pdf	cuenta noviembre_merged.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >