| 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: | LUISA FERNANDA MORALES GAITAN | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016001517 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lfmoralesg1403@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213784551 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 74117391 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 9014 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2664 | FECHA | 2024-12-24 13:01:15.000 | NÚMERO DE CRP | 81519 | FECHA | 2024-12-27 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-12-04 | | 2024-12-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,998,070 | | | | | | |
| 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: | $3,998,070 |
| VALOR EJECUTADO | $3,998,070 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9478638610 | $1,865,766 | $233,221 | $298,523 | 3 | $45,450 | $577,193 |

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

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 profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | • Consolidación de la información resultado de la implementación del equipo gestión del riesgo en colectivos. Plan de acción y cronograma de las acciones a implementarse en correspondencia con los lineamientos. Actas que den cuenta del proceso de gestión, concertación, vinculación con redes sociales de apoyo, con espacios de participación social en los cuales se realice la socialización de la estrategia. | • Tablero de control actualizado con información mensual y semanal. • Plan de Acción enviado por correo electrónico colgado en carpeta compartida en el drive definido para tal fin, los cinco (5) primeros días hábiles a partir del inicio de la adición del contrato. • Soportes de Gestión y de seguimiento en terreno a la implementación de las acciones, actas de concertación, de acompañamiento en terreno, fichas técnicas, e informes correspondientes. Acta de entrega de los formatos del Sistema establecido para su digitación. Diligenciamiento de formatos SISCO. |
| 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. | • Informe de acciones preventivas que disminuyan el riesgo de la transmisión de la enfermedad. Registro del seguimiento (que contenga número telefónico, nombre del contacto y la información respectiva) | • Ficha técnica para el desarrollo de encuentros comunitarios. • Actas de implementación de encuentros comunitarios dirigida a la población general. |
| Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Entorno Cuidador Comunitario. | • Identificar el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, en el entorno comunitario a partir de la implementación de acciones ligadas a la entrega de preservativos. A partir del tamizaje en VIH, Hepatitis B y Sífilis. (pruebas rápidas presuntivas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y prueba confirmatoria de VIH), aplicación de tamizajes de OMS y Findrisk para la identificación de riesgos de cardiovasculares y Diabetes. | • Formato SISCO, registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados y aplicación de tamizajes Findrisk y OMS. |
| Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred. | • Realizar acciones de promoción y prevención con énfasis en salud mental. | • Actas y registro fotográfico |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | • Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a resultados reactivos para VIH y positivos para Sífilis y hepatitis B. Realización de intervención breve ligada a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo. • Movilizar redes sociales de apoyo dando respuesta a las necesidades de los usuarios a través de la canalización y canalización de las rutas de atención a servicios sociales y de salud de mayor complejidad | • Registro fotográfico, asesorías pre y pos test VIH y sífilis y formato a canalización a servicios de salud y protección social. |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. | • Identificar el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, en el entorno comunitario a partir de la implementación de acciones ligadas a la entrega de preservativos. A partir del tamizaje en VIH, Hepatitis B y Sífilis. (pruebas rápidas presuntivas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y prueba confirmatoria de VIH) | • Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva, registro individual de pruebas rápidas VIH/ Sífilis y Hepattis B, entrega de resultados |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. | • Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred. | • Actas y listados de asistencia |
| Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | • De acuerdo a lo solicitado por la dirección del entorno cuidador comunitario. | • Según direccionamiento |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | • De acuerdo a lo solicitado por la dirección del entorno cuidador comunitario | • Según direccionamiento. |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | • Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la dirección del entorno cuidador comunitario. | • Actas, registro fotográfico |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | • Garantizar el registro y la calidad del dato de los resultados de la implementación de las acciones del equipo gestión del riesgo en colectivos. Realizar el proceso de evaluación y monitoreo de la implementación de las acciones del equipo gestión del riesgo en colectivos. Consolidar y enviar de manera mensual informe de gestión, con la información suministrada por los miembros del equipo gestión del riesgo en colectivos. • Análisis de los resultados obtenidos en el marco de la implementación del equipo gestión del riesgo en colectivos. • Verificación de los resultados confrontando las acciones ejecutadas con los datos producto de la ejecución de estas, haciendo énfasis en los resultados de los seguimientos • Consolidar la información resultado de la implementación de las actividades del equipo gestión del riesgo en colectivos como insumo para la presentación de los informes en correspondencia con los lineamientos. | • Informe de Gestión Mensual y de fin de vigencia enviado por correo electrónico y colgado en carpeta compartida los cinco (5) primeros días hábiles del mes. • Informe de acciones preventivas que disminuyan el riesgo de la transmisión de la enfermedad. • Entrega de soportes de las actividades realizadas en las acciones de información y educación del Bienestar Integral MAS Salud Mental |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. 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). | • Se organiza los soportes de acuerdo a lo estipulado en el lineamiento y por la profesional de apoyo del entorno cuidador comunitario. | • Según direccionamiento. |

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

# 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 1016001517 | | MORALES GAITAN LUISA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 20B 104 06 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1187008774 | 9480022375 | I | 2025/01/08 | 2025/01/13 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 5 | $546,200 |

**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)** | | | | | $1,651,364 | $264,300 | | | $1,651,364 | $206,500 | | | $1,651,364 | $33,100 | | | $1,651,364 | $40,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,651,364 | $264,300 | | | $1,651,364 | $206,500 | | | $1,651,364 | $33,100 | | | $1,651,364 | $40,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,651,364 | $264,300 | | | $1,651,364 | $206,500 | | | $1,651,364 | $33,100 | | | $1,651,364 | $40,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1016001517 | MORALES LUISA | 230301 | 30 | $1,651,364 | $264,300 | EPS008 | 30 | $1,651,364 | $206,500 | CCF24 | 30 | $1,651,364 | $33,100 | 14-11 | 30 | $1,651,364 | $40,300 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,651,364 | $264,300 | | | $1,651,364 | $206,500 | | | $1,651,364 | $33,100 | | | $1,651,364 | $40,300 | | $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 1016001517 | | MORALES GAITAN LUISA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 20B 104 06 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1187008774 | 9480022375 | I | 2025/01/08 | 2025/01/13 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 5 | $546,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $264,300 | $900 | $0 | $265,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $264,300 | $900 | $0 | $265,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $40,300 | $200 | $0 | $40,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $40,300 | $200 | $0 | $40,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $33,100 | $200 | $0 | $33,300 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $33,100 | $200 | $0 | $33,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $206,500 | $700 | $0 | $207,200 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $206,500 | $700 | $0 | $207,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $544,200 | $2,000 | $0 | $546,200 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUISA FERNANDA MORALES GAITÁN**

**C.C 1016001517 DE BOGOTA**

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS/MCT) ($ 3.998.070 MCT), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERIA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el Entorno Cuidador Comunitario, durante el periodo del 4 al 31 de Diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9014/2024.



**LUISA FERNANDA MORALES GAITÁN**
**CC 1.016.001.517 de BOGOTÁ**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**
**NUMERO 0074117391**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 4 al 31 de Diciembre 2024 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**María Cristina Triviño Díaz**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Cuidador Comunitario**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | LUISA FERNANDA MORALES GAITAN.zip | LUISA FERNANDA MORALES GAITAN.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO 23 A 31 OCTUBRE 2024.pdf | CUENTA DE COBRO 23 A 31 OCTUBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de Cobro Noviembre 2024.pdf | Cuenta de Cobro Noviembre 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.