

					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:				María Alejandra Baquero Osorno					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1023936363
CORREO ELECTRONICO:				alejandraosorno22@gmail.com			CELULAR:		3024599795
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		550488417247167					PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		9885				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP		2658	FECHA	2024-12-23 11:26:13.000		NÚMERO DE CRP		82320	FECHA 2024-12-27 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
					2024-12-14			2024-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1,722,262				
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:						\$1,804,636			
VALOR EJECUTADO						\$1,722,262			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,722,262			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$82,374			
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	
82197613	\$984,150	\$123,019		\$157,464		3	\$23,974	\$304,457	
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
"1. 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."	"Gestión en los territorios designados para referenciación y socialización del Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBE-H) a los líderes comunitarios y administradores de propiedad horizontal "	Entrega de actas de mesas de trabajo realizadas con el geógrafo, entorno comunitario y gestión adelantada en los territorios , directorio telefonico por territorio, seguimientos realizados a líderes comunitarios y administradores de propiedad horizontal , plan de acción del acercamiento a los territorios priorizados, matriz de gestión de la avanzada para el abordaje territorial.
"2.Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado."	Se da cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del programa Modelo de Salud en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	Se cumple con las actividades designadas
"3. 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 dio Desarrollo a las acciones de control social, información, sensibilización, educación, canalización y seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas.	Sensibilización líderes comunitarios y administradores de propiedad horizontal en derechos y deberes, información e intereses en salud pública se entrega de actas de reuniones
"4.Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes."	Se Prestan servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.	Se brindan servicios desde los ejes de humanización y seguridad al paciente .
"5.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."	Se Participa activamente en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.	Listado de asistencia .
"6.Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. "	"Se realiza acciones de información para impulsar al a comunidad a participar y fortalecer capacidades por el derecho a la salud. "	"Se cumple con las actividades designadas "
"7.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."	"Se Realiza ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. "	"Se realiza entrega oportuna y de calidad de informes requeridos . "
"8.Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control."	NO	NO
"9.Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos."		
10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	Se cuenta con cartografía los territorio priorizados	Se cumple con gestión territorial asignada.
"11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. "	Se atiende quejas de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato.	Se atienden solicitudes de manera oportuna y de calidad de solicitudes asignadas .
12.Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se vela el mantenimiento de la imagen institucional .	Se mantiene la buena imagen de la institución.
"13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones."	se porta elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	se usa adecuadamente Carnet y chaqueta otorgada por la institución
"14.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio."	Se da un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud MAS BIENESTAR en los equipos básicos extramurales de hogar.	Se mantienen un óptimo uso de los equipos y/o los elementos asignados para cumplir con las obligaciones
"15.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio."	Se da cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del programa Modelo de Salud MAS BIENESTAR en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	Se cumple con las actividades designadas

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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82197613	\$402.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	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

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023936363	MARIA ALEJANDRA BAQUERO OSORNO		Cl 30 sur # 9f-40 este	3144459162	ALEJANDRAOSORNO22@GM AIL.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
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
TOTAL A PAGAR					
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82197613	\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	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	1023936363	BAQUERO OSORNO MARIA ALEJANDRA	59	0			N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	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:

MARÍA ALEJANDRA BAQUERO OSORNO

CC. 1.023.936.363 DE BOGOTÁ

La suma Un millón setecientos veintidós mil doscientos sesenta y dos pesos Mcte) (\$1.722.262), por concepto de servicios como TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, en el marco del convenio Equipos básicos extramurales EBE-H, durante el periodo de 14 al 31 de Diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9885-2024

ALEJANDRA BAQUERO

MARÍA ALEJANDRA BAQUERO OSORNO

CC. 1.023.936.363 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 4884 1724 7167

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

MARÍA ALEJANDRA BAQUERO OSORNO CC CC. 1.023.936.363 DE BOGOTÁ
SECOP II

Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC-5 13:29:11
María Alejandra B...

BúsquedaMis procesosMenúIr aBuscar

EscritorioMenúAdministración de contratosVer contrato

1Información general

2Condiciones

3Bienes y servicios

4Documentos del Proveedor

5Documentos del contrato

6Información presupuestal

7Ejecución del Contrato

8Modificaciones del Contrato

9Incumplimientos

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
☐	OCTUBRE 2024.pdf	OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	NOVIEMBRE 2024.pdf	NOVIEMBRE 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	DICIEMBRE 1 AL 9 2024.pdf	DICIEMBRE 1 AL 9 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle