

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N°9/2024**

**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SANDRAPATRICIA ESCOBAR BARRERA**

**CC 52371646 DE BOGOTÁ**

**La suma de: CINCO MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$ 5.609.994) por concepto de: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Proyectos y convenios dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento. Durante el periodo de 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°.4893-2024**





**SANDRAPATRICIA ESCOBAR BARRERA**

**CC 52371646 DE BOGOTA**

**CUANTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA**

**N° 570008480269995**

|  |                     |               |  |
|--|---------------------|---------------|--|
|  <p style="text-align: center;"><b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b></p> | Versión             | 3             |  <p style="text-align: center;">ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> |
|  | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |  |
|  | Código:             | 04-02-FO-0002 |  |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|   |                         |   |     |                 |            |    |  |
|---|-------------------------|---|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                         | SANDRA PATRICIA ESCOBAR BARRERA                     |     |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                     | X   | C.E | No.             | 52371646   |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | patiescobar77@gmail.com |   |     | CELULAR:        | 3114893723 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                         |   |     | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                         | U C S PROYECTOS Y LOCALIDADES USS<br>51 ZONA FRANCA |     | SEDE:           | SUBRED     |    |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo         | %   |     |                 |            |    |  |
|   | FO08V01                 | 100   |     |                 |            |    |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCO DAVIVIENDA S.A    |   |     | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |    |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                         | 8480269995  |     |                 | PENSIONADO | NO |  |

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

|                             |                           |       |                            |               |       |             |                            |
|-----------------------------|---------------------------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO          |                           | 4893  |                            | VIGENCIA      |       | 2024        |                            |
| NÚMERO DE CDP               | 2651                      | FECHA | 2024-12-15<br>13:32:28.000 | NÚMERO DE CRP | 77325 | FECHA       | 2024-12-15<br>22:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:        | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |       |                            |               |       |             |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE                     |       | FECHA INICIAL              |               | HASTA | FECHA FINAL |                            |
|                             |                           |       | 2024-11-01                 |               |       | 2024-11-30  |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |                           |       |                            | \$5,609,994   |       |             |                            |
| 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: | \$49,741,947 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$49,180,948 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$5,609,994  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$560,999    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 99%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 7945329038         | \$2,243,998       | \$280,500                | \$359,040              | 3         | \$54,664   | \$694,203     |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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  |
|--|--|--|
| Gestionar los recursos financieros, humanos, logísticos, para la ejecución del proyecto.   | Se realiza la entrega de solicitud de kits para el componente de estrategia territorial en salud así como el alistamiento de los mismos para las jornadas de entrega. Revisión de productos correspondiente al primer pago de la organización afro y del cabildo para el componente de saberes ancestrales   | Entrega de kits con listados y radicación cuentas afro y cabildo   |
| Liderar la implementación de contrato interadministrativo suscrito con el Fondo de Desarrollo local de Fontibón - Bosa   | Realización de cada uno de los informes correspondientes de ejecución física y financiera del 429-2023 y 430-2023. Realización del informe del 2º pago del CI 430 y radicación con todos los soportes. Así mismo realización del informe correspondiente al mes de noviembre para los comités de seguimiento de los convenios 429-2023 y 430-2023. Presentación a apoyo subgerencia de los avances a la fecha de cada uno de los convenios y el avance físico y financiero de los mismos. Realización de anexo técnico y cuadro de costos de nuevos convenios para la localidad de Fontibón con mesa de trabajo donde se actualiza conceptos | Informes correspondientes al periodo informado. Presentaciones<br>Anexo técnico y cuadro de costos                         |
| Realizar acompañamiento y seguimiento al talento humano con el fin de promover la adecuada implementación del contrato interadministrativo.                                | Acompañamiento en las actividades correspondientes al CI 430 de 2023 y CI 429-2023 al talento humano en sus actividades de ejecución. Entrega de kits del componente de estrategia territorial en salud. así como acompañamiento a las acciones de saberes ancestrales de la organización afrodescendiente y el cabildo indígena   | Actas de seguimiento, acompañamiento y registro fotográfico.   |
| Realizar proceso de inducción y re inducción, al equipo de trabajo seleccionado para la ejecución del proyecto, con los respectivos soportes                               | Realización de los conversatorios específicos de manera mensual. Así como retroalimentación de las acciones realizadas en el territorio.   | Actas de socialización del talento humano y acta del conversatorio   |
| Gestionar la compra de materiales, equipos y herramientas necesarios para la ejecución el convenio y/o contrato  | Entrega de kits de salud oral y de actividad física para el componente de estrategia territorial en salud del CI 430-2023 así como la entrega de la base de los dispositivos al proveedor para inicio de elaboración y entrega según grupo de DAPS   | Listados de entrega, registro fotográfico y entrega de base al proveedor de DAPS   |
| Garantizar la presentación de cronogramas, proyecciones físico- financieras, presentaciones, Informes mensuales y finales que se requieran con apoyo del facilitador local | Cronograma correspondiente al mes de noviembre con las actividades programadas y componentes a ejecutar, Se realiza la presentación de informes mensuales y proyección físico financiera de los convenios 429 y 430 de 2023.   | Cronograma actualizado, Informes radicados y proyección físico financiera.   |
| Apoyar procesos de planeación y ejecución de los comités de seguimiento y aprobación.  | Realización de los informes para los comités de seguimiento con los porcentajes de ejecución física y financiera a la fecha del comité.  | Informe de ejecución y actas de comité de seguimiento.   |
| Apoyar los espacios de socialización del proyecto.   | Socialización de los convenios con apoyo a la subgerencia con el fin de presentar avances físico financieros de los convenios de la localidad de Fontibón. Así como citación con contraloría para socialización de los avances y dificultades de los convenios en ejecución y los convenios pendientes de liquidación.   | Presentación actualizada de cada uno de los convenios con sus correspondientes componentes. Acta con mesa con contraloría. |
| Verificar la depuración de entrega de Bases de datos a la Secretaría Distrital de Salud.   | Depuración de la base de inscritos de DAPS así como realización de la base del CI 429-2023 de los componentes de DAP y del componente de cuidadores y de los cada uno de los componentes del CI 430-2023   | Base retroalimentada y base de CI 429 y los componentes de los del CI 430-2023   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Asistir a las reuniones y responder por otras actividades de acuerdo con lo concertado con el FDL  | Mesa de trabajo con contraloría donde se entrega avance físico y financiero de los convenios vigentes de la localidad de Fontibón. Así como Reunión con asesores de la Alcaldía de Puente Aranda y con almacén para establecer acuerdos en la custodia de los DAPS como silla convencionales y camas hospitalarias. | Actas de la mesa de trabajo y Reunión realizadas con contraloría y fondo de desarrollo local. |
| Apoyar revisión de las solicitudes de cada uno de los componentes del convenio y/o contrato, conjuntamente con los profesionales delegados del Fondo de Desarrollo Local y los referentes comunitarios | Entrega al proveedor de los dispositivos a elaborar así como el alistamiento de los kits de Estrategia territorial en salud. Entrega al proveedor de los pendones para la impresión y posterior entrega del componente de acciones para la disminución de sustancias psicoactivas                                   | Listados de entrega y correos de envío al proveedor   |
| Presentar y entregar a las oficinas de recursos físicos o a la que corresponda las especificaciones técnicas de los elementos para la compra.  | Realización de evaluación técnica de los procesos para la salida a cuidadores y suministro de kits para el componente de acciones alternativas para cuidadores y cuidadores de la localidad de Fontibón del convenio 429-2023   | Evaluación según requerimientos técnicos  |
| Velar porque los profesionales de apoyo al proyecto lleven a cabo el proceso de otorgamiento conforme a lo planteado en estos lineamientos y en las guías  | Realización de especificidades para los dispositivos de asistencia personal para el proveedor   | Correos con especificidades por grupo de dispositivos de asistencia personal                  |
| Remitir a la persona con discapacidad a otros servicios que requiera.  | Desde políticas de la subred remiten casos para dispositivos de asistencia personal los cuales se les da respuesta de manera efectiva   | Realización de visitas casos remitidos  |

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

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|   |                                 |                           |                           |
|---|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA            | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52371646                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | SANDRA PATRICIA ESCOBAR BARRERA |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL         | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN:  | CLL 169 # 16C 10 APT 303 BLOQ   | TELÉFONO:                 | 4455676                   |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE                | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                         | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                           |                           |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                              |                           |                           |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>7945329038</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN       | MES: octubre      | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: octubre     |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2024         | SALUD:               | AÑO: 2024        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/14        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1048016324       |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|  |  | TOTALES    |              |
|--|--|------------|--------------|
|  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

**PENSIÓN**

|                  |        | ADMINISTRADORA     |          |                   |
|------------------|--------|--------------------|----------|-------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE             |          |                   |
| 900336004        | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1        | \$ 359.100        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                    | <b>1</b> | <b>\$ 359.100</b> |

**SALUD**

|                  |        | ADMINISTRADORA         |          |                   |
|------------------|--------|------------------------|----------|-------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE                 |          |                   |
| 830113831        | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1        | \$ 280.500        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                        | <b>1</b> | <b>\$ 280.500</b> |

**RIESGOS PROFESIONALES**

|                  |        | ADMINISTRADORA   |          |                  |
|------------------|--------|------------------|----------|------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE           |          |                  |
| 890903790        | 14-11  | 14-11 - ARL SURA | 1        | \$ 54.700        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                  | <b>1</b> | <b>\$ 54.700</b> |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 694.300</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 694.300</b> |