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:	NAYIBE QUITIAN VARGAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030588149	
CORREO ELECTRONICO:	n-quitian@hotmail.com				CELULAR:	3167734792	
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 FALABELLA S A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111150418923				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	9915			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	198	FECHA	2025-01-24 15:18:16.000	NÚMERO DE CRP	13521	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-01		2025-01-31		
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:	$6,929,988
VALOR EJECUTADO	$6,909,697
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,998,070
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$20,291
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
9480362444	$1,920,804	$240,100	$307,329	3	$46,791	$594,220

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Mónica María Peña Osorio
52960209
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 GESTOR TECNICO Y/O TECNOLOGO, PROFESIONAL, PROFESIONAL ESPECIALIZADO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LO LINEAMIENTOS DISTRITALES DEL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR EN MARCO DE LOS EQUIPOS EXTRAMURALES, ESTANDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD,CALIDAD,OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGUN PARAMETROS DESCRITOS EN LOS DOCUMENTOS, ANEXOS DEL CONVENIO, PROCESOS, GUIAS INSTITUCIONALESY NACIONALES VIGENTES.	REALIZAR INTERVENCION A FAMILIAS PRIORIZADAS EN SALUD BUCAL,DESARROLLAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGUN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS	FORMATO DE PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL
PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS JORNADAS PROGRAMADAS TANTO POR LA SDS COMO POR LA SUBRED SUR OCCIDENTE O LAS CONTEMPLADAS EN EL CONVENIOASIGNADO.	ASISTENCIA A LAS JORNADAS PROGRAMADAS	LISTADO DE ASISTENCIA Y FORMATOS PROPIOS DE LA JORNADA
DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, DEMANDA INDUCIDA, INFORMACION,SENSIBILIZACION,EDUCACION,CANALIZACION,AATENCION, SEGUIMIENTONOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA Y NOTIFICACION DE ALERTAS A LA POBLACION IDENTIFICADA	SE REALIZA LAS CANALIZACIONES DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS EN EL DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ALERTAS EN SALUD BUCAL, SE DILIGENCIA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA, SE BRINDA LA EDUCACION PERTINENTE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS	CANALIZACIONES Y NOTIFICACIONES ENVIADAS VIA EMAIL
PRESTAR SERVICIOS DESDE LOS EJES DE HUMANIZACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE ACUERDO A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES	DESARROLLAR LAS INTERVENCIONES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS BRINDADADAS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE	FORMATO DE PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DONDE EL USUARIO FIRMA A SATISFACCION LA VISITA RECIBIDA, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO.
PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE ASISTENCIA TECNICA ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES, INDUCCION O REINDUCCION, PROGRAMADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, POR DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO, SUPERVISOR DEL CONTRATO O SUBRED.	ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS	LISTADO DE ASISTENCIA
FORTALECER GRUPOS DE VEEDURIA CIUDADANA,ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACION SOCIAL EN EL DERECHO A LA SALUD.	FORTALECIMEINTO DE GRUPOS Y REDES COMUNITARIAS PARA LA PARTICIPACION EN SALUD	FORMATO DE ACTA
REALIZAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS, INFORMESREQUERIDOS,BASES DE DATOS, CARGUE DE HISTORIA CLINICA(SI APLICA), APLICATIVO 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, A LA SUPERVISION Y/O LIDER DEL PROCESO, CUMPLIMIENDO LOS PRINCIPIOS DE VERACIDAD,OPORTUNIDAD,CALIDAD,SEGUN DINAMICA Y/O PROGRAMACION DE CADA UNA DE LAS LINEAS DE INTERVENCION.	SE HACE ENTREGA DEL REPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO Y BASES SOLICITADAS.	BASES SOLICITADAS,DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO.
ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORIAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE,SDS O POR ENTES DE CONTROL	SE HACE REVISION DE FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DEL APLICATIVO	APLICATIVO Y FORMATO DE PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL
ELABORAR Y PRESENTAR CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES E INFORMES DE GESTION Y/O DESARROLLO DEL PROCESO SEGUN PROGRAMACION Y HACER CUMPLIMIENTO DE LOS MISMOS.	REALIZAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL MES, DAR CUMPLIMIENTO Y REALIZAR LOS AJUSTES DE MANERA OPORTUNA.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL MES
ATENDER LAS SOLICITUDES Y DAR RESPUESTADE MANERA OPORTUNA A QUEJAS ASIGNADAS	DAR GESTION Y RESPUESTA A LAS QUEJAS QUE SEAN ASIGNADAS	FORMATO DE ACTA
INFORMAR OPORTUNAMENTE SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE INTERFIERA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS SEGUN PROGRAMACION Y NECESIDAD DEL SERVICIO.	INFORMAR DE MANERA OPORUNA LAS NOVEDADES PRESENTADAS	FORMATO DE ACTA, INFORMAR AL PROFESIONAL DE APOYO POR MEDIO DE UN MEDIO DE COMUNICACION HABILITADO PARA TAL FIN
VELAR POR EL MANTENIMIENTO DE LA IMAGEN DE LA INSTITUCION A TRAVES DE LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES.	PRESTAR LOS SERVICIOS CON CALIDAD,IDONEIDAD Y VERACIDAD EN LA INFORMACION RECOELCTADA	APLICATIVO Y FORMATO DE PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Copia Certificada Subred Suroccidente

PORTAR ELEMENTOS DE IDENTIFICACION DE MANERA ADECUADA Y CONSTANTE EN LA EJECUCION DE LAS ACCIONES.	EN CADA ACTIVDAD REALIZADA PORTAR LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACION,PORTAR CARNET Y CHAQUETA INSTITUCIONAL	REGISTRO FOTOGRAFICO
RESGUARDAR Y DAR UN OPTIMO USO A LOS EQUIPOS Y/O ELEMENTOS ASIGNADOS PARA DAR CUMPLIMEINTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONVENIO.	DAR ADECUADO MANEJO Y OPTIMIZACION DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS BRINDADOS PARA CADA INTERVENCION	EQUIPOS Y ELEMENTOS EN ADECUADO ESTADO, OPTIMIZACION DE LOS INSUMOS
DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD DE GESTION DOCUMENTAL PARA ENTREGA DE SOPORTES Y/O INFORMES REQUERIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONVENIO.	REVISION DE FORMATOS Y APLICATIVOS QUE CUENTEN CON EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADA, CUSTODIA Y ENTREGA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	APLICATIVO, FORMATO DE PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Mónica María Peña Osorio
52960209
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 Surocciente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

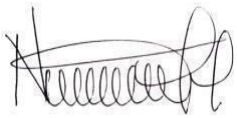
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:
NAYIBE QUITIAN VARGAS

C.C 1030588149 de Bogotá

Tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta pesos Mcte ($3.998.070), por concepto de servicios como profesional en Odontología, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo del 01 al 31 de enero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9915- 2024



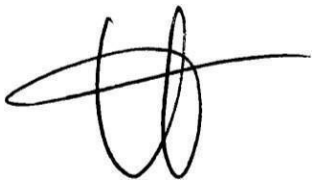
NAYIBE QUITIAN VARGAS

C.C. 1030588149 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA

NUMERO 111150418923

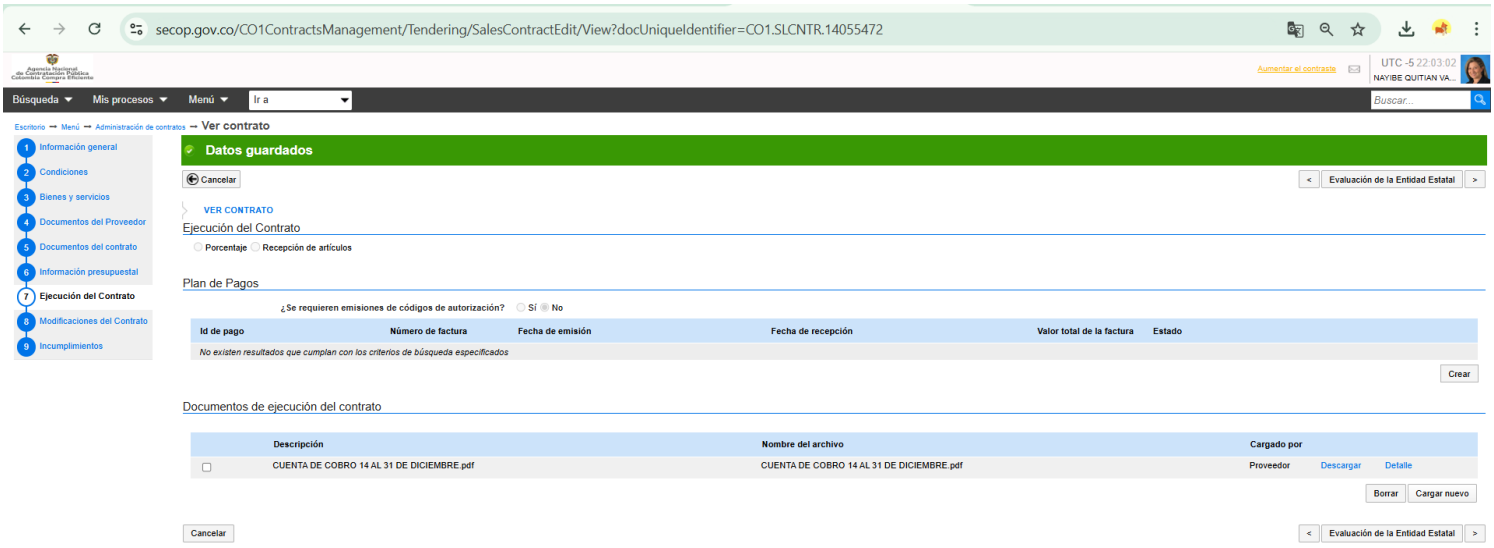
Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 31 de enero y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNYCAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión
Equipos Básicos extramurales

NAYIBE QUITIAN VARGAS CC 1030588149

SECOP II



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 1030588149		QUITIAN VARGAS NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65 J SUR N ° 77 N -14 PISO 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3167734792	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	1198975949	9480362444	I	2025/01/14	2025/01/16	BANCO FALABELLA	2	$595,300

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)					$1,920,803	$307,400			$1,920,803	$240,200			$0	$0			$1,920,803	$46,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,920,803	$307,400			$1,920,803	$240,200			$0	$0			$1,920,803	$46,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,920,803	$307,400			$1,920,803	$240,200			$0	$0			$1,920,803	$46,800		$0	$0
1	CC	1030588149	QUITIAN NAYIBE	25-14	30	$1,920,803	$307,400	EPS008	30	$1,920,803	$240,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,920,803	$46,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,920,803	$307,400			$1,920,803	$240,200			$0	$0			$1,920,803	$46,800		$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 1030588149		QUITIAN VARGAS NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65 J SUR N°77 N -14 PISO 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3167734792	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	1198975949	9480362444	I	2025/01/14	2025/01/16	BANCO FALABELLA	2	$595,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$307,400	$400	$0	$307,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$307,400	$400	$0	$307,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,800	$100	$0	$46,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$46,800	$100	$0	$46,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,200	$400	$0	$240,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$240,200	$400	$0	$240,600
TOTAL				1	$594,400	$900	$0	$595,300