**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

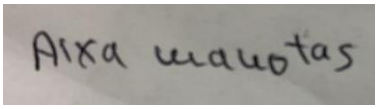
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Aixa del Socorro Manotas Martinez**

**C.C 32850878 DE Sabanalarga Atlántico**

La suma de (TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL, SETENTA PESOS) ($ 3.998.070), por concepto de servicios como profesional en enfermería en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 1 al 28 de febrero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8938-2024




**AIXA DEL SOCORRO MANOTAS MARTINEZ**

**C.C 32850878 DE SABANALARGA ATLÁNTICO**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**

**NUMERO 074114596**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 1 al 28 de FEBRERO y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno CUIDADOR COMUNITARIO**

| 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: | AIXA DEL SOCORRO | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 32850878 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | aixamanotas@gmail.com | | | | CELULAR: | 3004884707-3004822251 | | |
| 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 | 74114596 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8938 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 205 | FECHA | 2025-01-24 15:29:15.000 | NÚMERO DE CRP | 13674 | FECHA | 2025-01-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-02-01 | | 2025-02-28 | | |
| 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: | $23,988,420 |
| VALOR EJECUTADO | $11,994,210 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,994,210 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 83741486 | $1,547,078 | $193,385 | $247,533 | 3 | $37,687 | $478,604 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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 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 de los equipos de Bienestar integral es mas salud mental. Plan de acción y cronograma de las acciones a implementarse en correspondencia con los lineamientos | Tablero de control,Plan de Acción,Soportes de Gestión y de seguimiento en terreno a la implementación de las acciones |
| 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 | Actas de recorridos en calle.sisco 1 formato asesoría en salud exual y reproductiva |
| Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público. | 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 | identificación del riesgo frente a salud mental, en salud sexual y reproductiva, registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados |
| 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 para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual | 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 |
| 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.tamizaje en VIH, Hepatitis B y Sífilis | Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva, registro individual de pruebas rápidas VIH/ Sífilis Hepattis B, entrega de resultados, |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. | Desarrollar recorridos en calle y socializar el desarrollo de acciones en los diferentes puntos a intervenir | Actas y registro fotográfico |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. | Participación en las asistencias técnicas convocadas desde SDS 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 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 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 comunitario | Actas, registro fotográfico |
| 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 de los equipos de Bienestar Integral Mas Salud Mental | 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 |
| 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 comunitario | Según direccionamiento |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

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

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **AIXA DEL SOCORRO MANOTAS MARTINEZ**, identificada con **CC** número **32850878**, aportó por **AIXA DEL SOCORRO MANOTAS MARTINEZ** identificado(a) con **CC** número **32850878** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,651,400 | 0.02436 | $40,300 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 84500497 | 20/03/2025 | NO |
| 231001 | Colfondos | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,651,400 | 0.16000 | $264,300 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 84500497 | 20/03/2025 | NO |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,651,400 | 0.12500 | $206,500 | $0 | $0 | Febrero - 2025 | 84500497 | 20/03/2025 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Marzo**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.