

					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:			Nivia Marina Avendaño Angel					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		39795060
CORREO ELECTRONICO:			niviangel2867@gmail.com			CELULAR:		3004570730
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U C S EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU46V07-15	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			1870079272				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		9702			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	198	FECHA	2025-01-24 15:18:16.000		NÚMERO DE CRP	13363	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,460,374			
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:					\$4,264,648			
VALOR EJECUTADO					\$4,171,948			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,460,374			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$92,700			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					98%			
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		
83044553	\$968,109	\$121,014	\$154,897	3	\$23,583	\$299,494		
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor ético, 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.	SEGUIR LOS LIENAMIENTOS DE EBEH PARA EL PERFIL DE AUXILIAR DE CUIDADO PARA EL PROGRAMA DE ENTORNO CUIDADOR	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
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	ASISTIR A LAS REUNIONES Y LINEAS TECNICAS QUE DA LA SDS Y LA SUBRED SUR OCCIDENTE	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
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.	GENERAR EDUCACION A LAS FA,MILIAS VISITADAS EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	TENER UN TRATO RESPETUOSOS CON LAS FAMILIAS IDENTIFICADAS EN TERRENO	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	ASISTIR A LAS REUNIONES Y LINEAS TECNICAS QUE DA LA SDS Y LA SUBRED SUR OCCIDENTE	ACTA 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.	GENERAR EDUCACION DE LA OFERTA INTERDISTRICTAL QUE MANEJA LAS DIFRENTES OFICINA DE LA ALCALDIA	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
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.	REALIZAR ENTREGA DE FORMATOS Y APLICATIVO AL DIA PARA CERTIFICACION	ACTA DE CERTIFICACION
8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	PRESENTAR SOPORTES AL DIA PARA AUDITORIA	ACTA DE CERTIFICACION
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	ENTREGAR DE FORMA OPORTUNA LOS PRODUCTOS DE PROMOTOR EN SALUD CUANDO SEA SOLICITADO	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	DAR RESPUESTAS A LAS DIFERENTES SOLICITUDES QUE PASA EN TERRENO A LA FAMILIA	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR
11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	INFORMAR AL LIDER SOBRE CUALQUIER INCOVENIENTE QUE SE PRESENTE EN TERRENO	ACTA DE INFORME DE NOVEDADES
12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	VELAR POR LA BUENA IMAGEN DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE	CHAQUETA Y UNIFROME EN BUEN ESTADO
13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	TENER ELEMENTOS DE IDENTIFICACION FREMTE A LA COMUNIDAQD EN BUEN ESTADO	CHAQUETA Y CARNET EN BUEN ESTADO
14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	MANATENER LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO	EQUIPOS BIOMEDICOS EN BUEN ESTADO
15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	SEGUIR LO LIENAMIENTOS DE EBEH PARA EL PERFIL DE PROMOTOR DE CUIDADO	BITACORASW Y TOMA DE ASIGNOS DE LA ESTRATEGIA RELEVO AL CUIDADOR

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39795060	NIVIA MARINA AVENDAÑO ANGEL		Av Cl 48Q Sur 2A 40 Int 1 Apto 302	6018099108	NIVIANGEL2867@GMAIL.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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83044553	\$402.700

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	1	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39795060	NIVIA MARINA AVENDAÑO ANGEL		Av Cl 48Q Sur 2A 40 Int 1 Apto 302	6018099108	NIVIANGEL2867@GMAIL.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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83044553	10
					TOTAL A PAGAR
					\$402.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	39795060	AVENDAÑO ANGEL NIVIA MARINA					59	0		N																			25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	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 DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

NIVIA MARINA AVENDAÑO ANGEL

C.C 39.795.060 de Bogotá

La suma Dos Millones Cuatrocientos Sesenta Mil Trecientos Setenta y Cuatro Pesos Mcte (\$2.460.374), por concepto de servicios como Auxiliar de Enfermería, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9702-2024



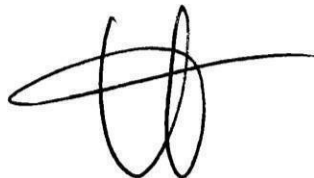
NIVIA MARINA AVENDAÑO ANGEL

C.C 39.795.060 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 1870079272

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

C.C 39.795.060 de Bogotá
SECOP II

83044553.pdf

SURESOC- SUBP

SURESOC- SUBP

PLANILLA-3979

Editar

Descargar archiv

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelidentifier=CO1.SLCNTR.14058603

Agencia Nacional de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 21:44:06
NIVIA MARINA AVEN...

BúsquedaMis procesosMenúIr a

Buscar...

EscritorioMenúAdministración de contratosVer contrato

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
☐ certificado marina diciembre.pdf	certificado marina diciembre.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda

Español (Colombia)

018000-62-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

