| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 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: | ESMERALDA AVILA SANCHEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52126003 | |
| CORREO ELECTRONICO: | esmeraavila@yahoo.com | | | | CELULAR: | 3133274131 | |
| 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 | 7300678757 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 9715 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 198 | FECHA | 2025-01-24 15:18:16.000 | NÚMERO DE CRP | 13373 | FECHA | 2025-01-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-02-01 | | 2025-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,228,106 | | | | |
| 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: | $21,086,694 |
| VALOR EJECUTADO | $14,115,886 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,228,106 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,970,808 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 83517170 | $2,091,242 | $261,405 | $334,599 | 3 | $50,943 | $646,947 |

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 |
|---|---|---|
| 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. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 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 | Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente O POR EL CONVENIO | Actas y listados de asistencia de Participación a las actividades |
| 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. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes | realizar y Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente | Actas y listados de asistencia de Participación a las actividades |
| 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 | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 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. | Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 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. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 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 | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. | Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio | Realizar reporte acorde a las solicitudes requeridas para el perfil |
| 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Cuidadr y Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. |
| 13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones | Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones | Recibir y Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones |
| 14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Entregar y ar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Tener la relación de Insumos de cada uno de los profesionales y técnicos asignados |
| 15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Revisión de la entrega de 2869 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnética de 2269 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitación y custodia de los mismos por parte de los EBEH, 8 sesiones colectivas y 9 sesiones de medicina ancestral | Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia a las actividades solicitadas a nivel de la subred o donde se requieran |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

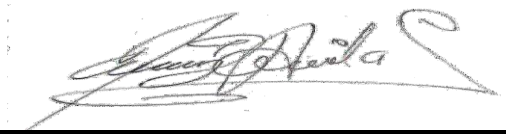
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**ESMERALDA AVILA SANCHEZ**

**C.C 52126003 de Bogotá**

La suma de Cinco millones doscientos veintiocho mil ciento seis pesos Mcte) ($5.228.106), por concepto de servicios como Profesional de apoyo Especializado, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 28 de Febrero de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9715 -2024



---

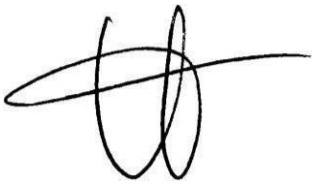
**ESMERALDA AVILA SANCHEZ**

**C.C 52126003 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 7300678757**

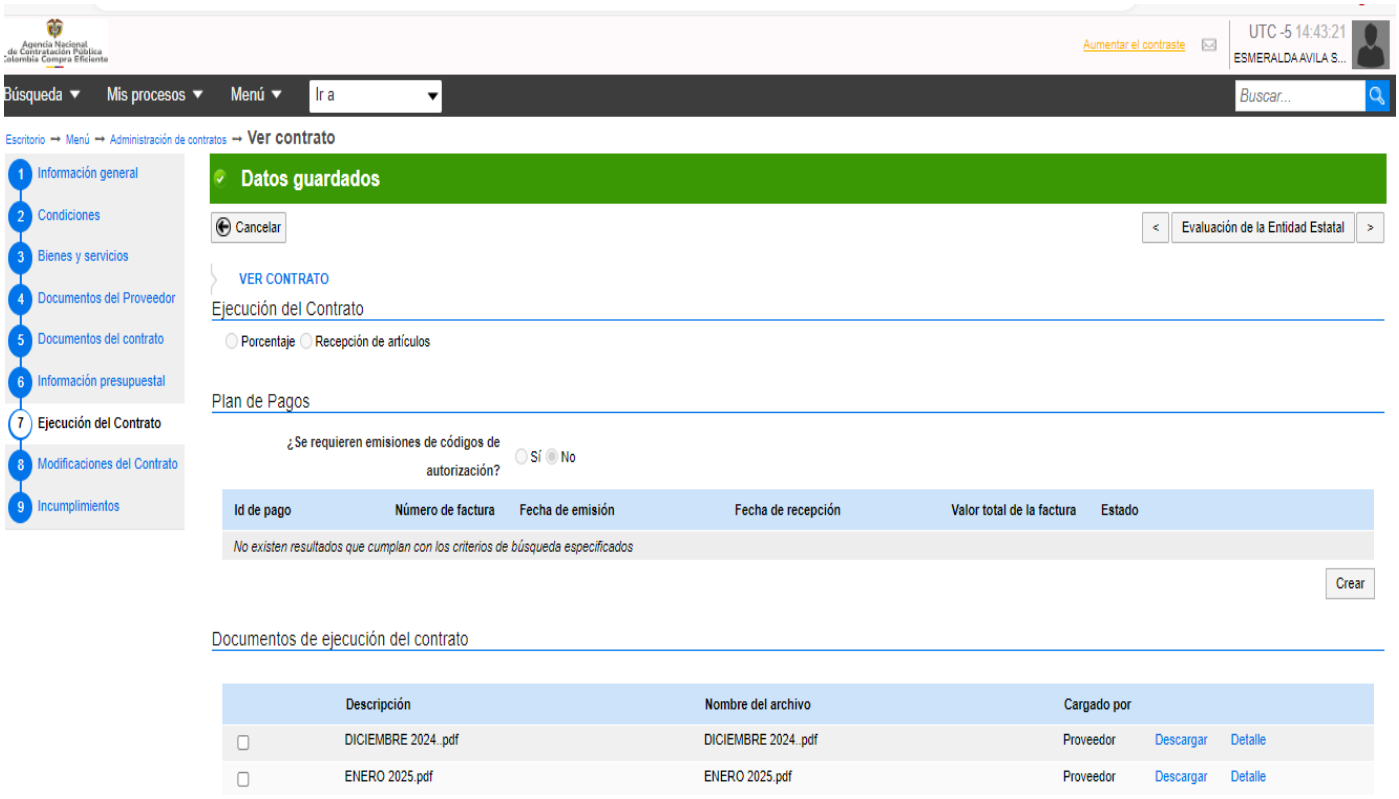
**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 28 de Febrero y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**
**Equipos Básicos extramurales**

**ESMERALDA AVILA SANCHEZ CC 52126003 Bogotá**

**SECOP II**



compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52126003 | ESMERALDA AVILA SANCHEZ | CRA 45B 40 56 SUR | 7104102 | esmeraavila@yahoo.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 12/02/2025 | 83517170 | $653.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 262.500 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.400 | 0 | 263.900 | 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 | 336.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.800 | 0 | 337.800 | 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 | 51.200 | | | | 51.200 | 8 | 300 | 51.500 | | | 512 | 51.500 | 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 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 8 | 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 | 262.500 | 263.900 |
| Pensión | 1 | 336.000 | 337.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 51.200 | 51.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 649.700 | 653.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52126003 | ESMERALDA AVILA SANCHEZ | | CRA 45B 40 56 SUR | 7104102 | esmeraavila@yahoo.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 12/02/2025 | 83517170 | $653.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52126003 | AVILA SANCHEZ ESMERALDA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.100.000 | 336.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.100.000 | 262.500 | 14-11 | 2.100.000 | 3 | 51.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información