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

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		
☐	DICIEMBRE (3).pdf	DICIEMBRE (3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SURESOC_MARIAZAMORA_CC_52381902_ENERO2025.pdf	SURESOC_MARIAZAMORA_CC_52381902_ENERO2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO.pdf	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SURESOC_MARIA_ZAMORACC_52381902_FEBRERO.pdf	SURESOC_MARIA_ZAMORACC_52381902_FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

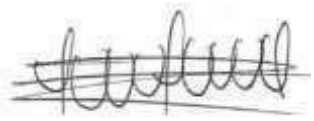
MARÍA TERESA ZAMORA VALDIVIESO
C.C.52381902 DE BOGOTA D.C.

La suma de $ 3.998.070 tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta pesos, por concepto de servicios prestados como (PROFESIONAL EN ENFERMERÍA) en el proceso de Vigilancia en Salud pública durante el periodo de 1 al 31 de marzo 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9070-2024



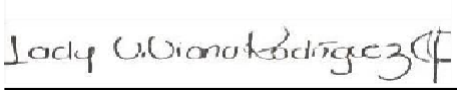
Agregar Firma electrónica
MARÍA TERESA ZAMORA VALDIVIESO
C.C.52381902 DE BOGOTA D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO **550007400331000**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de marzo del 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



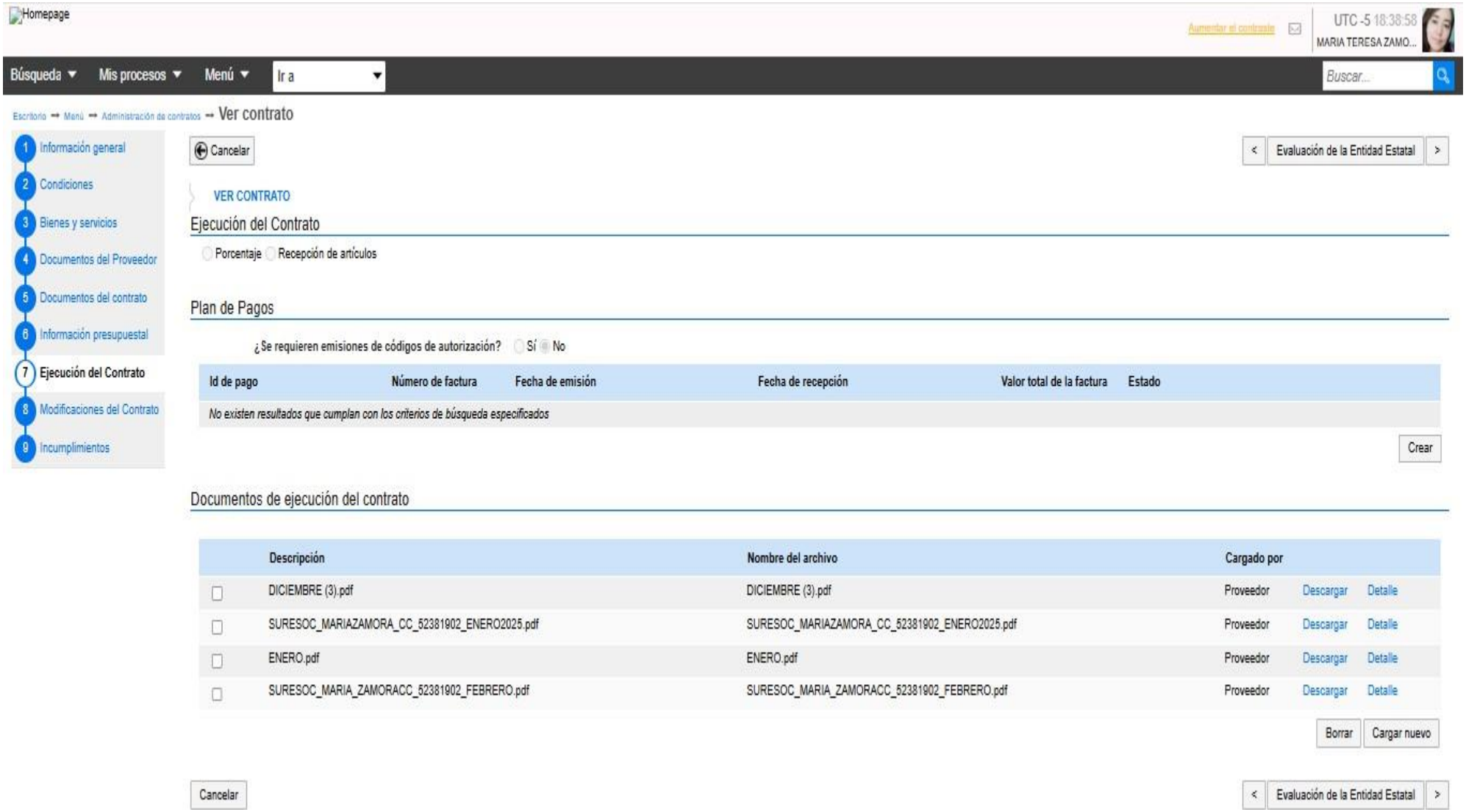
LUZ ANGELA CALVO MEDINA

Líder de Proceso Vigilancia en Salud Pública



LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO

Referente Vigilancia en Salud Pública


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 18:38:58
MARIA TERESA ZAMO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ Ver 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
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
DICIEMBRE (3).pdf
DICIEMBRE (3).pdf
Proveedor Descargar Detalle
SURESOC_MARIAZAMORA_CC_52381902_ENERO2025.pdf
SURESOC_MARIAZAMORA_CC_52381902_ENERO2025.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ENERO.pdf
ENERO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
SURESOC_MARIA_ZAMORACC_52381902_FEBRERO.pdf
SURESOC_MARIA_ZAMORACC_52381902_FEBRERO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	52381902	MARIA TERESA ZAMORA VALDIVIESO	KR 40 25 79	3124511416	mariatvaldivieso@gmail.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	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84888804	$497.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	6	800	0	200.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	256.000	0	0	0	0	6	1.000	0	257.000	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	39.000				39.000	6	200	39.200			390	39.200	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	200.000	200.800
Pensión	1	256.000	257.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	497.000

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
CC	52381902	MARIA TERESA ZAMORA VALDIVIESO		KR 40 25 79	3124511416	mariatvaldivieso@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84888804	$497.000	

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	52381902	ZAMORA VALDIVIESO MARIA TERESA	57	0			N																	230201	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	maria teresa zamora valdivieso						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52381902	
CORREO ELECTRONICO:	mariatvaldivieso@gmail.com				CELULAR:	3124511416	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K32	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550007400331000				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	9070			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	205	FECHA	2025-01-24 15:29:15.000	NÚMERO DE CRP	12831	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-01		2025-03-31		
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:	$23,988,420
VALOR EJECUTADO	$15,601,296
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,998,070
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,387,124
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	65%

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
84888804	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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 ylo Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital do Salud.	• Coordinar las acciones del personal de enfermería realizando recorridos en diferentes momentos del turno de tal forma que se garantice la cobertura durante la operación del punto de entrada y que el personal realice las acciones del presente lineamiento en las áreas definidas de acuerdo con el riesgo identificado, así: área de Inmigración, migración salas nacionales y Puente aéreo.	• • Cuadro de turnos por punto de entrada enviado al correo cde@saludcapital.gov.co a más tardar el 25 de cada mes. De presentarse cambios enviar un alcance con el ajuste. • En cada turno se debe garantizar que el Técnico 1 Auxiliar de enfermería ó técnico en Salud Púbica cumplan con las actividades del presente lineamiento y permanezcan en las áreas asignadas turno. Soporte: Formato check list de la Subred
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 SOS.	• • Registrar las situaciones y activaciones de eventos de importancia en salud pública del punto de entrada	• • Bitácora de turno por punto de entrada, que debe tener como mínimo la siguiente información: 1. Nombre del profesional que entrega el turno 2. Nombre del profesional que recibe el turno 3. Hora de entrega 4. Descripción de los eventos o situaciones presentadas en el turno 5. Recibida de inventarios 6. Firma de los dos profesionales. La bitácora debe dar cuenta de todo lo sucedido en el turno y debe realizarse en letra legible.
Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional , Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución do las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	• • Administrar el inventario de Elementos de protección individual asegurando la permanencia y stock en cada punto	• • Inventario mensual en formato Excel
Desarrollar acciones de control social. información.	• • Recepción, revisión y digitación de la declaración general de Aeronaves -parte sanitaria- de vuelos internacionales. (Anexo 9 del RSI) en Aeropuerto Internacional El Dorado	• • Base Excel mensual de las declaraciones generales de Aeronaves internacionales (Anexo 9 del RSI) de acuerdo con el formato establecido.
sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	• • Participar en espacios de capacitación, reuniones y apoyar la logística y coordinación de comités portuarios entre otros.	• • Acta y asistencia de participación, certificados, etc
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	• • Participar en la construcción de Planes de emergencia y contingencia, en los simulacros y simulaciones convocadas desde el nivel centra	• • Actas, asistencia, informe de evaluación y registro fotográfico.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderarniento en prácticas de cuidado en salud	• • Participar en la construcción de Planes de emergencia y contingencia, en los simulacros y simulaciones convocadas desde el nivel centra	• • Sesiones con poblaciones (docentes, padres y escolares),
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	• Reuniones de Equipo, capacitaciones de secretaria de salud	• • Listado de asistencia, Actas, capacitaciones correspondientes
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas on salud e inclusión.	• Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas on salud e inclusión.	• Listado de asistencia, Actas, capacitaciones correspondientes
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.	• 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.	• Bitácora de turno por punto de entrada, que debe tener como mínimo la siguiente información: 1. Nombre del profesional que entrega el turno 2. Nombre del profesional que recibe el turno 3. Hora de entrega 4. Descripción de los eventos o situaciones presentadas en el turno 5. Recibida de inventarios 6. Firma de los dos profesionales. La bitácora debe dar cuenta de todo lo sucedido en el turno y debe realizarse en letra legible.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	• se realizan de manera oportuna en los tiempos requeridos	• actas y bitacoras
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	• se realiza entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	• actas y bitácoras
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS. entes de control.	• Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS. entes de control.	• actas y bitácoras
inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad. oportunidad. o de Otra Inddø en la que tenga responsabilidad 01 contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en entre Otras).	• no se presentan inconsistencias en el trascurso de las ejecuciones (Incumplimiento de meta, inconsistencia en entre Otras).	• actas y bitácoras

Copia Certificada Subred Suroccidente

Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos. de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos. gulas y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	• Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos. de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos. gulas y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	• según lo requerido por protocolos establecidos
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera	Se realiza procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera	actas y bitácoras

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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