| | | |
|---|---|---|
| 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1024540262 | |
| CORREO ELECTRONICO: | thifany_016@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3016299522 | |
| 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 DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 54452982 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3150 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 815 | FECHA | 2025-03-31 08:25:36.000 | NÚMERO DE CRP | 19545 | FECHA | 2025-04-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-02-24 | | 2025-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $187,200 | | | | |
| 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: | $4,920,748 |
| VALOR EJECUTADO | $187,200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $187,200 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,733,548 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 4% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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 |
|---|---|---|
| 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. | se sigue a cabalidad los lineamientos para el tema de vacunacion para EBETH con relacion al perfil de auxiliar de vacunacion | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas, relacion de biologicos aplicados |
| 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 lineas tecnicas que realiza sds o el lider del convenio cuando lo dictaminen | actas de asistencia |
| 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. | realizar eduacion en la familias sobre temas de salud como la salud mental, buena alimentacion y la asitencia al centro de salud | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas, relacion de biologicos aplicados |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes | generar buen tratao en las visitas relaizdas desarrollando una atencion humana a las personas visitadas | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas, relacion de biologicos aplicados |
| 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 lineas tecnicas que realiza sds o el lider del convenio cuando lo dictaminen | actas 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. | impulsar la participacion intersecotial y la demnada de las instituciones a las visitas realizdas | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas, relacion de biologicos aplicados |
| 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 los soprtes que se tiene para cada perfil para auditoria | acta de certificacion |
| 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | realizar entrega de los soprtes que se tiene para cada perfil 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. | realizar y cumplir con el plan de meta como biene el lineamiento de ebeh | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas |
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas. | cumplir con las solictudes que requiere el lienamiento con relacion al perfil de auxiliar de vacunador | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas, relacion de biologicos aplicados |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. | informar al apoyo o al lider sobre cualquier eventualidad quer hay en terreno | firma de acta |
| 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | portar y mantaner la buena imagen de la subred sur occidente | uniforme carnet y chaqueta en buen estado |
| 13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. | tener lo equipos en buen estado | No aplica |
| 14. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | portar y mantaner la buena imagen de la subred sur occidente | uniforme carnet y chaqueta 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 los lenamientos de salud a mi barrio y salud a mi vereda | visitas domiciliarias realizdas, formatos de firmas |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES identificado(a) con CC 1024540262 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 07/03/2019 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 30 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

CERTIFICA QUE:

EPS FAMISANAR S.A.S.

ARL

Medellin, 11 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES** con documento de identidad **C1024540262**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-02-25 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024540262,** se encuentra afiliado/a desde **18/06/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de marzo de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA**

**LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**AZALIASTEFANIA BUITRAGO REYES**

**C.C 1024540262 de Bogotá**

La suma de Ciento ochenta y siete mil doscientos. PESOS M/C ($ 187.200) por concepto de servicios como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 24 al 28 de FEBRERO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3150 -2025

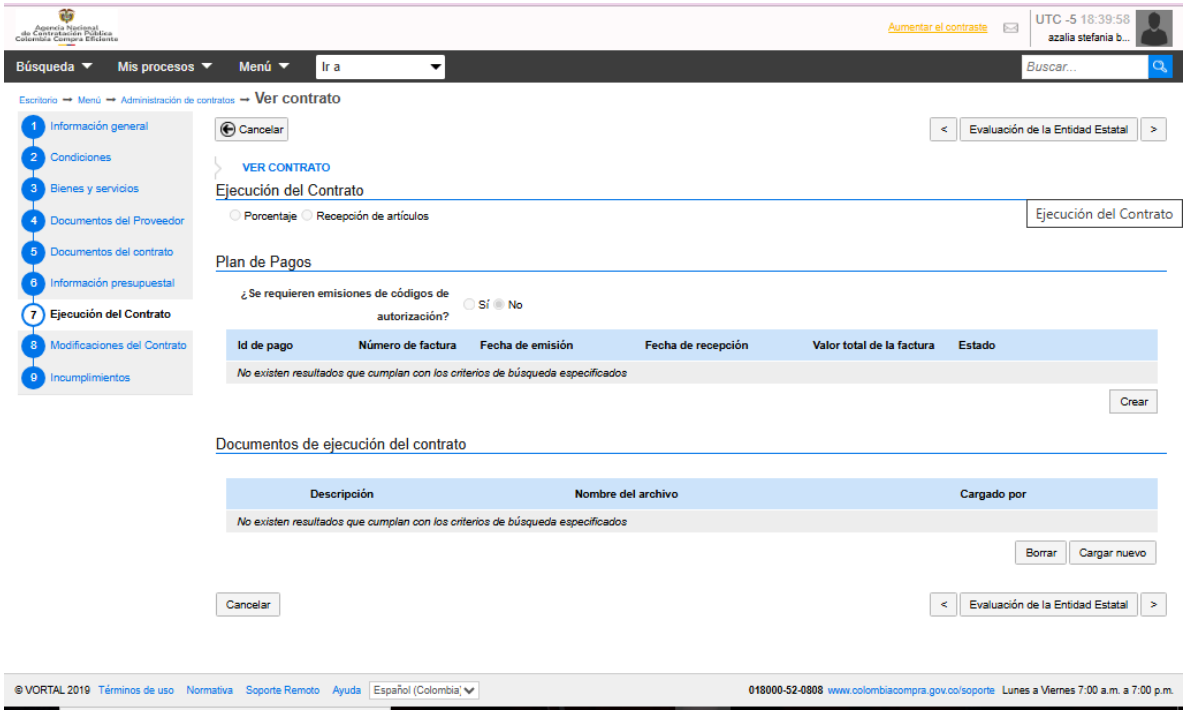
Azalia Buitrago

**AZALIASTEFANIA BUITRAGO REYES**
**C.C 1024540262 de Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**
**NUMERO 054452982**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 24 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**

SECOP II


Aumentar el contraste
UTC -5 18:39:58
azalia stefania b...
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
Ejecución del Contrato
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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.