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 Jose Sanchez Gutierrez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1067405611	
CORREO ELECTRONICO:	estrategiamultimodal2024@gmail.com				CELULAR:	3042140575	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CALIDAD Y ACREDITACION USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10T10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	85945199				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	456			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	137	FECHA	2025-01-15 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15421	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-01		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,159,005				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$16,636,020
VALOR EJECUTADO	$8,318,010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,005
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,318,010
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
9481961969	$1,663,602	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,652

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
52116116
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. Elaborar, evaluar y actualizar anualmente el plan de acción para la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos	Diseñar y revisar el plan de acción anual basado en las necesidades identificadas	Documento actualizado del plan de acción anual con fecha de revisión y aprobación
2. Documentar el plan de capacitación para la estrategia multimodal dirigido a los colaboradores de la Subred.	Crear el programa de capacitación con cronograma, temas y responsables.	Plan de capacitación documentado y socializado con los colaboradores.
3. Liderar la medición de la adherencia de los colaboradores a la higiene de manos en las sedes de la Subred.	Coordinar la recolección y análisis de datos sobre adherencia.	Informe consolidado con resultados de adherencia por sede.
4. Gestionar la autoevaluación de la estrategia multimodal de higiene de manos y enviar el resultado a la entidad correspondiente.	Aplicar instrumentos de autoevaluación y consolidar los resultados.	Informe enviado con los resultados de la autoevaluación.
5. Monitorear los indicadores de la estrategia multimodal de higiene de manos	Realizar el seguimiento periódico a los indicadores establecidos.	Informe mensual o trimestral del análisis de indicadores.
6. Notificar oportunamente, en los plazos señalados por el ente territorial y/o Minsalud, el resultado de los indicadores de la estrategia multimodal de higiene de manos.	Preparar los informes requeridos y enviarlos dentro del plazo.	Notificaciones enviadas con evidencia de recepción
7. Retroalimentar en los espacios definidos los resultados de la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos por cada una de las sedes de la Subred.	Presentar informes en reuniones o capacitaciones internas.	Actas de reuniones con registro de retroalimentación.
8. Participar en el proceso de contratación para la adquisición de los productos destinados para la higiene de manos a base de alcohol y detergentes	Asesorar en la selección de productos y revisar especificaciones técnicas.	Informe técnico de recomendación de productos.
9. Implementar los estándares del Sistema Único de Acreditación que le apliquen de acuerdo con su actividad y participar activamente en las mesas de acreditación de acuerdo al rol establecido.	Ejecutar las actividades asignadas en el plan de acreditación.	Actas y soportes de cumplimiento de estándares de acreditación.
10. Archivar los soportes generados durante la realización de informes y/o auditorias, de acuerdo a lo lineamientos institucionales sobre Gestión Documental.	Organizar y clasificar los documentos conforme a los lineamientos.	Expediente digital o físico completo y actualizado.
11. Apoyar y participar en actividades de referenciación intemas y externas.	Colaborar en la recolección de información para referenciación.	Informe de referenciación con análisis comparativo.
12. Realizar la actualización de los procesos, procedimientos, manuales, guías y documentación inherente a su actividad.	Revisar y actualizar periódicamente la documentación institucional.	Versiones actualizadas de documentos oficiales.
13. Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, utilizando de manera óptima los recursos humanos, fisicos, financieros y técnicos.	Supervisar el uso eficiente de recursos asignados para la estrategia.	Informe de cumplimiento de actividades contractuales.
14. Custodiar y responder por los bienes a cargo.	Por los bienes a carga. o Actividad: Realizar inventarios periódicos de bienes asignados.	Registro actualizado de inventario y estado de bienes.
15. Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del plan de acción del Proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo.	Ejecutar tareas planificadas en el marco del mejoramiento continuo.	Informe de avance en el plan de acción de calidad.
16. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes de gestión del área y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida según programación de acuerdo a las actividades o a los requerimientos del servicio contratado.	Documentar avances mensuales de actividades desarrolladas.	Soportes de ejecución entregados al supervisor.
17. Las demás actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con las obligaciones del contrato	Documentar las actividades adicionales solicitadas por el supervisor relacionadas con la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos.	Informe consolidado de actividades complementarias realizadas, incluyendo evidencia de su ejecución (actas, fotografías, listas de asistencia) y su impacto en los objetivos del contrato.

Copia Certificada
Subred Suroccidente

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
52116116
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067405611		SANCHEZ GUTIERREZ MARIA JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12A N. 71C-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1330963919	9481961969	I	2025/03/05	2025/03/12	BANCO AV VILLAS	7	$517,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,663,602	$266,200			$1,663,602	$208,000			$0	$0			$1,663,602	$40,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,663,602	$266,200			$1,663,602	$208,000			$0	$0			$1,663,602	$40,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,663,602	$266,200			$1,663,602	$208,000			$0	$0			$1,663,602	$40,600		$0	$0
1	CC	1067405611	SANCHEZ MARIA	230201	30	$1,663,602	$266,200	EPS005	30	$1,663,602	$208,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,663,602	$40,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,663,602	$266,200			$1,663,602	$208,000			$0	$0			$1,663,602	$40,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067405611		SANCHEZ GUTIERREZ MARIA JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12A N. 71C-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1330963919	9481961969	I	2025/03/05	2025/03/12	BANCO AV VILLAS	7	$517,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,200	$1,200	$0	$267,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$266,200	$1,200	$0	$267,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,600	$200	$0	$40,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,600	$200	$0	$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
TOTAL				1	$514,800	$2,400	$0	$517,200

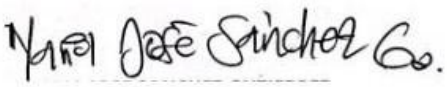
DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SA LUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ

C.C 1.067.405.611

La suma de $ 4.159.005 por concepto de: prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II, en la oficina de Calidad – Programa de seguridad del paciente – IAAS, de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, durante el periodo del 01 al 31 de marzo del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 456 de 2025.



MARIA JOSE SANCHEZ GUTIERREZ
C.C 1.067.405.611
CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS
NUMERO 085945199