

					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:			SANDRA PATRICIA ESCOBAR BARRERA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52371646
CORREO ELECTRONICO:			patiescobar77@gmail.com			CELULAR:		3114893723
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U C S PROYECTOS Y LOCALIDADES USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08V01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			8480269995				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4893			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	206	FECHA	2025-01-24 15:43:20.000	NÚMERO DE CRP	12204	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,609,994				
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:						\$60,961,935		
VALOR EJECUTADO						\$60,402,890		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,609,994		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$559,045		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						99%		
El intervisor 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		
7952660327	\$2,243,998	\$280,500	\$359,040	3	\$54,664	\$694,203		
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
Gestionar los recursos financieros, humanos, logísticos, para la ejecución del proyecto.	Entrega de los dispositivos de asistencia personal específicamente del grupo de movilidad y de higiene en la casa de la cultura de la localidad de Fontibón	Cartas de intención, listados de entrega, registros fotográficos
Liderar la implementación de contrato interadministrativo suscrito con el Fondo de Desarrollo local de Fontibón - Bosa	Realización de cada uno de los informes correspondientes de ejecución física y financiera del 429-2023. Realización del cuarto informe e informe final del CI 430-2023, con el fin de avanzar en la liquidación del Convenio. Así mismo realización del informe correspondiente al mes de enero de 2025 para el comité de seguimiento del convenio 429-2023. Presentación a apoyo subgerencia de los avances a la fecha de cada uno de los convenios y el avance físico y financiero de los mismos. Presentación de los convenios a la líder de gestión del riesgo. Asistencia a la socialización de la implementación del sello para la no discriminación. Acompañamiento en las actividades correspondientes al CI 429-2023 al talento humano en sus actividades de ejecución. Realización de los conversatorios específicos de manera mensual. Así como retroalimentación de las acciones realizadas en el territorio.	Actas, de socialización, informes de ejecución física y financiera de los convenios 430 y 429 de 2023 de la Localidad de Fontibón.
Realizar acompañamiento y seguimiento al talento humano con el fin de promover la adecuada implementación del contrato interadministrativo.	Acompañamiento en las actividades correspondientes al CI 430 de 2023 y CI 429-2023 al talento humano en sus actividades de ejecución. Entrega de Dispositivos de asistencia personal de Movilidad y de higiene y cuidado personal. Así como a la salida del componente de cuidadores del CI 429-2023.	Actas de entrega, actas de asistencia, listados, registros fotográficos entre otros.
Realizar proceso de inducción y re inducción, al equipo de trabajo seleccionado para la ejecución del proyecto, con los respectivos soportes	Realización de los conversatorios específicos de manera mensual. Así como retroalimentación de las acciones realizadas en el territorio.	Actas de socialización del talento humano y acta del conversatorio
Gestionar la compra de materiales, equipos y herramientas necesarios para la ejecución el convenio y/o contrato	Facturas correspondientes al proveedor TU SALUD para la entrega de dispositivos de asistencia personal de los grupos de Movilidad y de higiene y cuidado personal	Facturas, Listados de entrega, registros fotográficos, cartas de intención.
Garantizar la presentación de cronogramas, proyecciones físico- financieras, presentaciones, Informes mensuales y finales que se requieran con apoyo del facilitador local	Cronograma correspondiente al mes de enero de 2025 con las actividades programadas y componentes a ejecutar, Se realiza la presentación de informes mensuales y proyección físico financiera del convenio 429 de 2023. Elaboración de informe correspondiente al 4 pago e informe final del CI 430-2023	Cronograma actualizado, Informes radicados y proyección físico financiera.
Apoyar procesos de planeación y ejecución de los comités de seguimiento y aprobación.	Realización de los informes para los comités de seguimiento con los porcentajes de ejecución física y financiera a la fecha del comité.	Informe de ejecución y actas de comité de seguimiento
Apoyar los espacios de socialización del proyecto.	Socialización de los convenios con apoyo a la subgerencia con el fin de presentar avances físico financieros de los convenios de la localidad de Fontibón. Así como la presentación de los convenios de la Localidad de Fontibón a la Directora de Gestión de Riesgo	Presentación actualizada de cada uno de los convenios con sus correspondientes componentes.
Verificar la depuración de entrega de Bases de datos a la Secretaría Distrital de Salud.	Realización de la base del CI 429-2023 de los componentes de DAP y del componente de cuidadores y de los cada uno de los componentes del CI 430-2023	Base de CI 429 y los componentes de los del CI 430-2023
Asistir a las reuniones y responder por otras actividades de acuerdo con lo concertado con el FDL	Asistencia a mesa de trabajo con los apoyos a la supervisión para entregar el avance físico y financiero de los convenios y la población atendida de la localidad de Fontibón.	Acta de Reunión.

Apoyar revisión de las solicitudes de cada uno de los componentes del convenio y/o contrato, conjuntamente con los profesionales delegados del Fondo de Desarrollo Local y los referentes comunitarios	Revisión del grupo de movilidad en las instalaciones del proveedor con el fin de verificar medidas de las sillas de ruedas, así como verificación de los kit de cuidadores y de las características de la salida a cuidadores.	Actas
Presentar y entregar a las oficinas de recursos físicos o a la que corresponda las especificaciones técnicas de los elementos para la compra.	Entrega a los proveedores las características y elementos a entregar tanto para Dispositivos de asistencia personal como para cuidadores.	Correos enviados al proveedor.
Velar porque los profesionales de apoyo al proyecto lleven a cabo el proceso de otorgamiento conforme a lo planteado en estos lineamientos y en las guías	Apoyo en la entrega de los dispositivos y de la salida a cuidadores de acuerdo a los entrenamientos realizados a cada uno de los beneficiarios.	Actas de entrega y listados
Remitir a la persona con discapacidad a otros servicios que requiera.	Canalización de casos específicos referidos de los seguimientos realizados a las personas con discapacidad.	Correo de envío

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°11/2025

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

SANDRAPATRICIA ESCOBAR BARRERA

CC 52371646 DE BOGOTÁ

La suma de: CINCO MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$ 5.609.994) por concepto de: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Proyectos y convenios dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento. Durante el periodo de 01 de enero al 31 de enero de 2025 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°.4893-2024



SANDRAPATRICIA ESCOBAR BARRERA

CC 52371646 DE BOGOTÁ

CUANTADEA HORROS BANCO DA VIVIENDA

N° 5 7 0 0 8 4 8 0 2 6 9 9 5

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52371646
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: SANDRA PATRICIA ESCOBAR BARRERA
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CLL 169 # 16C 10 APT 303 BLOQ TELÉFONO: 4455676
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7952660327 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2024 SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/01/14 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1191709340

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 359.100
SUBTOTAL:			1	\$ 359.100

SALUD

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSA SALUD S.A.	1	\$ 280.500
SUBTOTAL:			1	\$ 280.500

RIESGOS PROFESIONALES

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 54.700
SUBTOTAL:			1	\$ 54.700

VALOR SIN MORA:	\$ 694.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 694.300