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:	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014218090		
CORREO ELECTRONICO:	alejap4@gmail.com				CELULAR:	3008410417		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K27-2	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	458200121705				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	9154			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	899	FECHA	2025-04-09 07:38:27.000	NÚMERO DE CRP	22003	FECHA	2025-05-14 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-04-01		2025-04-30			
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	$19,990,350
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,998,070
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,998,070
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
1071183235	$1,599,228	$199,904	$255,876	3	$38,957	$494,737

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Realizar proceso de implementación de acciones del plan de cuidado institucional a la meta establecida de 56 Hogares Comunitarios de Bienestar para la localidad de Bosa, teniendo en cuenta las acciones establecidas durante el plan de cuidado institucional	Formatos de sesiones colectivas y actas
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 SDS-ESE.	Dar cumplimiento al 100% de implementación de acciones del plan de cuidado institucional programadas con las Madres Comunitarias de los HCB de las localidades de Bosa.	Formatos de sesiones colectivas y actas de la sesion
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo	Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC.	Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	Notificación de casos identificados de acuerdo a la necesidades de población abordada en los HCB	Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Reforzar en la líderes de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.	Diligenciamiento de acta
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	En el mes de abril no se programo actividad	No se programo
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	Entrega de Formatos de plan de cuidado cualitativo y mascota verde con el registro de la información acorde con la concertación establecida en el plan de cuidado institucional.	Entrega de Formatos de plan de cuidado cualitativo y mascota verde con el registro de la información acorde con la concertación establecida en el plan de cuidado institucional.
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias.	Formatos de plan de cuidado cualitativo, formatos de mascota verde
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública.	Participación en reunión de equipo 25/4/2023 conversatorios, y o apropiación conceptual de lineamientos y asistencias técnicas programadas por SDS para el mes de abril de 2025	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

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

DOCUMENTOEQUIVALENTE AFACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOSDE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL

C.C 1014218090 DE BOGOTA

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/C (3.998.070), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL, durante el periodo de 1 al 30 de Abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9154-2024

MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL

C.C 1014218090 DE BOGOTA

CUENTADEAHORROS BANCODAVIVIENDA

NUMERO 458200121705

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

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL

5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

○ 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		
☐	MAYRA ALEJANDRA PINZON- 1014218090-7566-2024.zip	MAYRA ALEJANDRA PINZON- 1014218090-7566-2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ilovepdf_merged (1).pdf	ilovepdf_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO.pdf	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO_merged (2).pdf	CUENTA MARZO_merged (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL