**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**OLGA CECILIA HERNANDEZ NEIZA**

**C.C 39657335 DE BOGOTÁ**

La suma de setecientos noventa y tres mil seiscientos ochenta y un pesos M/CTE $ 793.681, por concepto de servicios como gestora comunitaria en el entorno cuidador comunitario, durante el periodo del 4 al 30 de abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8946- 2024



**OLGA CECILIA HERNANDEZ NEIZA**

**C.C 39657335 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO**

**DAVIVIENDA NUMERO 451870034191**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo de 4 al 30 de abril de 2025, por concepto de horas adicionales y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**MARIA CRISTINA TRIVIÑO**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Cuidador Comunitario**

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?** Si No

| Identificación 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 8946-2024 DICIEMBRE.pdf | 8946-2024 DICIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 8946-2024 ENERO.pdf | 8946-2024 ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 8946-2024 FEBRERO.pdf | 8946-2024 FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 8946-2024.pdf | MARZO 8946-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 8946-2024.pdf | ABRIL 8946-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO ADICIONALES 8946-2024.pdf | MARZO ADICIONALES 8946-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** OLGA CECILIA HERNANDEZ NEIZA
**No. Identificación:** CC39657335
**Dirección:** CRA 81 D # 59A-09 SUR
**Telefono:** 7804823
**Correo:** olgahernandezc15@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8385048405

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | OLGA CECILIA HERNANDEZ NEIZA |
| **Tipo y número de identificación** | CC39657335 |
| **Número de planilla** | 8385048405 |
| **Fecha pago** | 2025-04-09 |
| **Número de autorización pago** | 33860410 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | marzo de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | marzo de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 441000 |
| **Total Intereses de Mora** | 500 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34800 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 228000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178200 | 1 |

8385048405

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39657335
APELLIDOS Y NOMBRES: OLGA CECILIA HERNANDEZ NEIZA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

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: | Olga Cecilia Hernandez Neiza | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39657335 | |
| CORREO ELECTRONICO: | olgahernandezc15@gmail.com | | | | CELULAR: | 3107735502 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 451870034191 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8946 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1373 | FECHA | 2025-06-17 13:58:49.000 | NÚMERO DE CRP | 28677 | FECHA | 2025-06-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | GESTOR COMUNITARIO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-04-04 | | 2025-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $793,681 | | | | |
| 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: | $15,659,846 |
| VALOR EJECUTADO | $9,283,961 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $793,681 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,375,885 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 59% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8385048405 | $922,618 | $115,327 | $147,619 | 3 | $22,475 | $285,421 |

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 |
|---|---|---|
| 1. 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 en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se da cumplimiento a cada una de las actividades asignadas para el perfil de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud para la vigencia en curso, manteniendo los estándares de calidad correctos según lo indicado en cada producto. | Listados de asistencia, actas e informes requeridos por el entorno. |
| "2. 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-Subred Sur Occidente. " | Se participa en las diferentes jornadas itinerantes, encuentro o jornadas programadas según necesitad establecidas por el entorno comunitario o designadas por parte de la SDS de acuerdo a solicitud. | Acta y formato de sesiones colectivas. |
| "3. Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado " | Desde las acciones realizadas de socialización de la estrategia RBC a usuarios abordados se realiza activación de ruta mediante la orientación en programas y servicios de acuerdo a la necesidad de la persona con discapacidad y cuidadores. Se dio a conocer todos los eventos de interés de salud pública a los usuarios en las actividades programadas durante el mes. | Envío de información vía WhatsApp. |
| 4. Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá Asistir a las asistencias direccionadas de acuerdo al perfil por parte del líder del entorno. | Se da cumplimiento a las guías y protocolos establecidos por el eje de humanización de acuerdo a necesidad de los usuarios, garantizando un servicio de calidad. | Formatos establecidos según necesidad. |
| "5. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. " | Se asiste a las reuniones programadas por la Subred como reuniones virtuales u otras programadas según requerimiento. Reunion del entorno cuidador comunitario el dia 30 de abril. | Se asiste a reuniones técnicas convocadas por la Secretaria de Salud en las fechas establecidas por parte de la coordinación y reuniones de la Subred. |
| 6. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | Se realizan sesiones para la conformación de la Red de Soporte Social de Personas Cuidadoras, donde se pretende mejorar la calidad de vida de los usuarios a través de aprendizajes lúdicos, practicas de autocuidado, hábitos saludables, entre otros. | Acta de concertación, acta de selección e identificación de participantes, diario de campo, formato de sesiones colectivas, encuestas. |
| 7. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | Se entregaran los soportes de las actividades realizadas para el mes correspondientes al espacio publico o de manera individual y se realizara la custodia pertinente de las mismas. Se entregara de manera oportuna y con calidad los informes requeridos por el referente de la estrategia RBC como para la Subred Suroccidente y SDS. | Se realizo la entrega efectiva del informe de acciones para el mes. Cada uno de los soportes están basados en estándares de calidad establecidos de tal forma que aseguren el éxito de las auditorias programadas para tal fin. |
| 8. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | Se presentara los soportes para las pre auditorias y auditorias programadas por la firma auditora de igual manera para la SDS. | Se realiza la entrega de soportes del mes organizados en carpeta por localidad, se hace entrega de informe mensual por parte de la dupla RBC. |
| 9. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | Se elabora cronograma e informes requeridos por el líder, dando cumplimiento a cada una de las actividades programadas según necesidad del entorno. | Cronograma mensual, portafolio de servicios, aportes al informe según requerimiento. |
| 10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Se da respuesta oportuna a las solicitudes por parte del líder o del entorno, dando cumplimiento a cada una de las actividades. | Formatos establecidos según necesidad. |
| " 11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del componente asignado. " | Se informa a los líderes del proceso con respecto a los cambios que se presenten durante la ejecución de las actividades programadas para evitar retrocesos en cada una de las actividades. | Reporte de actividades o modificaciones de las actividades. |
| 12. Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. " | Se actúa de manera correcta en cada una de las actividades y procesos, dando buen ejemplo e imagen sobre la institución. | Reporte de las actividades con estándares de calidad y buena presentación e imagen de la institución. |

Copia controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 13. 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). " | Se portan los elementos de la institución como chaqueta, carnet y otros que se requieran, dando cumplimiento a la buena imagen de la institución. | Se entregan los insumos al entorno de acuerdo a requerimiento. |

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