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:	Zoraida Pasito						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52880535	
CORREO ELECTRONICO:	zoraidapasito@yahoo.es				CELULAR:	6014783280	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K29	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24106730041					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	10257			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1373	FECHA	2025-06-17 13:58:49.000	NÚMERO DE CRP	29278	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-06-01			2025-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,533,218				
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:	$14,389,780
VALOR EJECUTADO	$11,481,745
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,533,218
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,908,035
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
9486390948	$1,013,287	$126,661	$162,126	3	$24,684	$313,471

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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 de gestor, 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 las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a 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.	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.	Mantengo adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia del os documentos generados. Alistamiento de los productos asignados y la técnica correspondiente para los procedimientos dentro del producto de vacunación con FIEBRE AMARILLA.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	Realizo actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignadas en el marco de la ejecución del convenio con los terminales priorizados para vacunación con FIEBRE AMARILLA a través de las jornadas de vacunaciòn en los portales sur, salitre y aeropuesto.
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.	Conocer y aplicar las políticas institucionales.	Realizo aporpiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcen para cada convenio por parte de la SDS. Apropiandome de los conceptos actuales que apoyan el desarrollo de las activiades de vacunaciòn con FIEBRE AMARILLA en los terminales terrestres y aereo.
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes.	Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	Verifico la correcta identificación del paciente, verifico en el aplicativo pai distrital, verifico carnet en fisico. (Verifico a los usuarios de vph en el aplicativo pai distrital modulo niño y modulo adulto, reviso en pai web). Birndo educación para aplicación de bial fiebre amarilla y correspondiendo a la seguridad del ususario, juntamente con el consentimiento informado y encuesta de contraindicaciones de la vacuna.
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred	Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente.	Diligenciamiento correcto de los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponde, SIS, cardes, consentimiento informado, carnét de vacunación. Garantizando la calidad y veracidad de los mismos. Participo de las reunicones convocadas para socialización de actividades con conformidad con los convenios y demandas de las insituciones y puntos de vacunación PAI.
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.	Realizo acercamiento al territorio o población asignada para desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponde con demanda insucida para vacunación en población específica con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación del riesgo. Apoyo logístico, digitación, verificación y vacunación en los puntos estratégicos para vacunación con fiebre amarilla.
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, 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 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.	Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor.	Realizo registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por el SDS y matríz de seguimeintos. Realizo diligenciamiento de encuestas, consentimientos, sis y carnet específico para vacunación con fiebre amarilla.
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Aplico estrategias para reducir el riesgo de IAAS (Lavado y/o Higienizacion de manos (OMS) , Limpieza y desinfección de superficies y elementos y equipos de cadena de frio del PAI, segregacion de desechos según PGIRASA)

Copia Certificada Subred Suroccidente

Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos.	Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar.	Manipulo adecuadamente los elementos instrumentos de trabajo, nevera, guardian, manejo de desechos hospitalarios y bilógicos, reutilizables y de reciclado. Papelería y manejo de la cadena frio, vacunas, pilas y tiempos de recibir y entrega de insumos. Desplazamiento de la vacuna y manejo del termo. Ubicaciòn estratégica, asegurando el lugar del ususario vacunado, acudientes, el digitador y la mesa con los elementos del vacunador.
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	Garantizo la seguridad en la utilización de medicamentos (Correctos para administración de biologicos y cohortes de lineamientos vigentes) Aplicando los criterios correctos para cada usuario.
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	Conozco la definicion de error progamatico y como se realiza el reporte. Realizo la creaciòn de usuarios en al aplicativo en linea propuesto por la SDS de aquellos usuarios que no tienen usuario creado para el respectivo registro del vial aplicado.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	Partició de las reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS. Comite de PAI, reuniones del Entorno Educativo, reuniones con la Secretaría Distritla de Salud. Convocatorias para Jornadas de vacunación parafiebre amarilla en los puntos asignados. instrucciones de tipo administrativo para el funcionamiento correcto de los tramites de vinculaciòn.
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad.	Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas.	Cumplo con buena presentacion personal, porto la chaqueta institucional, carnet instiucional y uniforme. Manejo uñas cortas y sin esmalte, cabello recogido y uso de un lenguaje amable y sencillo para brindar educaciòn ala población en general.
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento	Presentación formal para agendamiento de jornada de vacunación, presentación del biológico exponiendo las ventajas y los intereses de salud pública para la SDS. Manejo de equipos para trasnsporte de biológicos, pilas, bolsas, algodon, jabón, guardian y papelería y ruta establecida.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	En caso de ser designado como supervisor de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional y respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.	Realizo activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias y su respectivo seguimeinto. Manejo de cardex para solicitud de vacunas, entrega de insumos tanto recibidos como utiliazados y membrete de los sis diligenciados por localidad.
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.	El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.	Brindo educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación en vacunación y clasificación de riesgo identificado. Particiación activa en las jornadas convocadas para vacunación y apoyo en los puntos de concentraciòn por brote de fiebre amarilla.

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

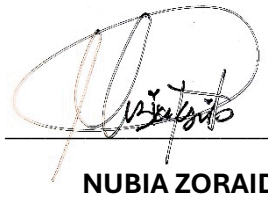
SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

NUBIA ZORAIDA PASITO DÍAZ

C.C 52.880.535 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIEZ Y OCHO pesos M/C ($**2.533.218**), por concepto de servicios como Técnica Auxiliar de Enfermería en el Entorno Educativo, durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **10257-2024**



NUBIA ZORAIDA PASITO DÍAZ
C.C 52.880.535 DE BOGOTA
CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24106730041

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



(Diego Castillo)
Apoyo a la supervisión
Entorno Educativo

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 52880535		PASITO DIAZ NUBIA ZORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 9 bis 81 b 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7612413	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545802957	9486390948	I	2025/06/10	2025/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	1	$441,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	52880535	PASITO NUBIA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 52880535		PASITO DIAZ NUBIA ZORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 9 bis 81 b 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7612413	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545802957	9486390948	I	2025/06/10	2025/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	1	$441,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$440,500	$500	$0	$441,000