

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          |                     | Versión<br>3                     |               |  |                    |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                                          |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |                    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | CAMILA ANDREA ORTIZ SERENO                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                                      | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1022422548         |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | camilaortizsereno@gmail.com                              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3188458844-7323528 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                          |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |                    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED             |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K27-1            | 100                      |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                          |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 570456870036609                                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                 |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 2309                     |                                                          |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |                    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 289                  | FECHA                    | 2024-01-17 10:55:11.000                                  | NÚMERO DE CRP       | 9978                             | FECHA         | 2024-01-17 11:59:00.000                                                             |                    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                                    | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |                    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                          | \$2,460,374         |                                  |               |                                                                                     |                    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                          |                     |                                  | \$24,462,617  |                                                                                     |                    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          |                     |                                  | \$24,462,617  |                                                                                     |                    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                                          |                     |                                  | \$2,460,374   |                                                                                     |                    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                          |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |                    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                                          |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |                    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                          |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |                    |
| 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 |                                                                                     |                    |
| 1058202371                                                                                                                                                                                                                                                   | \$984,150            | \$123,019                | \$157,464                                                | 3                   | \$23,974                         | \$304,457     |                                                                                     |                    |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO<br>1019014847<br>Supervisor                                                                          |                      |                          |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                      |                          |                                                          |                     |                                  |               |                                                                                     |                    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Acciones en abordaje territorial y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en físico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad                                                                   | Formato de caracterización y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Diligenciamiento de bases de datos correspondientes                      |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento.                                                                                                                      | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes físicos y digitales establecidos por la SDS                                                            |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificación de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial                                                                                                              | Formato de activación de ruta digital. Envío de canalizaciones digitales<br>Diligenciamiento de bases de datos                                                |
| Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar caracterización a los menores de 5 años con identificación de riesgo establecidos en plan de choque                                                                                                                                    | Formato de caracterización y tamizaje<br>Envío de canalizaciones digitales<br>Diligenciamiento de bases de datos                                              |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial                                                                                                                                           | Formato de activación de ruta digital                                                                                                                         |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.                                                                                                                                                                                                                                                        | Acciones en abordaje territorial identificación de necesidades, problemáticas en salud                                                                                                                                                          | Formato de caracterización y tamizajes, según parámetros de SDS.                                                                                              |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                   | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                     |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorías del Referente del Entorno asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.                                                                                                                                                                                          | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revisión y corrección de hallazgos y alistamiento de auditoría.                                                                                                                               | Formato de caracterización y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Envío de canalizaciones digitales.<br>Diligenciamiento de bases de datos |
| 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).                                                                                                                                                                                                                             | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes.                                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                                                                     |
| Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos                                                                                     | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.                                                                                                                | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                     |

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO  
1019014847  
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° NOVIEMBRE/2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.04B-4

DEBE A:

CAMILA ANDREA ORTIZ SERENO

CC 1.022.422.548 DE BOGOTA D.C

La suma de 2.460.374 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS .M/C por concepto de servicios TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2309-2023

Camila Ortiz S

Nombre Del Contratista: CAMILA ANDREA ORTIZ SERENO

C.C 1.022.422.548 de BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS  
DAVIVIENDA

NUMERO 456870036609



**Fecha creación reporte:** 2023-11-14, 10:50:05 AM

**Tipo Planilla:**

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Numéro Planilla:**

1058202371

**Periodo Cotización:**

octubre de 2023

**Periodo Servicio:**

octubre de 2023

**Referencia pago (PIN):**

8857223260

**PAGADO 14/11/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                            |                           |                    |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Razón Social</b>        | CAMILA ANDREA ORTIZ SERENO |                           |                    |
| <b>Documento</b>           | CC1022422548               | <b>Dirección</b>          | CLL 24 SUR 15 G 28 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE              | <b>Teléfono</b>           | 7323528            |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                    | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO              |
| <b>Ciudad</b>              | SOACHA                     | <b>Departamento</b>       | CUNDINAMARCA       |
| <b>Representante Legal</b> |                            | <b>Identificación</b>     |                    |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                          | <b>ARP</b>                | ARL SURA           |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                            |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |          | Riesgos              |              |                | Cajas                  |              |              | Parafiscales |              |                |                | Total        |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres        | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TOP | TAP | OSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP  | Días AFP | Días AFP | Días AFP | Días AFP | Días AFP | Administradora       | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora         | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1022422548      | CAMILA ANDREA ORTIZ SERENO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 0        | 30       | 30       | 30       | 30       | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.160.000 | \$ 185.000     | (EPS017) FAMILANAR EPS | \$ 1.160.000 | \$ 145.000   | 2,436        | \$ 1.160.000 | \$ 28.300      | (CCF21) CAFAM  | \$ 1.160.000 | \$ 23.200   | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 382.100 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 185.600      | \$ 145.000    | \$ 28.300       | \$ 23.200     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 382.100                     | \$ 0                    | \$ 382.100  |