

					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:			JOYCE ECHEVERRI					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52983744
CORREO ELECTRONICO:			joycecheverrip@gmail.com			CELULAR:		3144077052
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K27-2	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		325244457				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1722			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2038	FECHA	2024-09-12 16:05:09.000	NÚMERO DE CRP	58406	FECHA	2024-09-13 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2024-08-01			2024-08-31	
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:						\$27,986,490		
VALOR EJECUTADO						\$27,986,490		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,998,070		
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		
7934385998	\$1,599,228	\$199,904	\$255,876	3	\$38,957	\$494,737		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ISLENA TORRES ACOSTA 51840427 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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

<p>Cumplir a cabalidad con las obligaciones afines al perfil bachiller, técnico, profesional y/o profesional especializado 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.</p>	<p>Se realiza captura de información de contacto, ubicación y conformación del HCB, así como información de cada uno de los integrantes de este; Se Identifica de factores protectores y de riesgo propios del HCB, así como estrategias que fomenten prácticas de cuidado en los menores; se identifica de alertas y riesgos en salud, desde cada una de las dimensiones prioritarias, tanto para la madre comunitaria como los menores; dichas alertas se encuentran establecidas a desde seguridad alimentaria y nutricional, infancia, condiciones transmisibles, salud mental, condiciones no transmisibles, entre otras; se realiza aplicación de tamizaje de escala abreviada de desarrollo en todos los menores de 5 años que se encuentre en el HCB y diligenciamiento de formato definido para tal fin, con el fin de identificar alertas en el desarrollo infantil de los menores, en 56 hogares de bienestar de la localidad de Kennedy (CÍRCULO DE AMIGOS, CARRUSEL DE COLORES, OSITO PANDA, LOS AMIGOS DEL SABER, MIS AVENTURITAS, CARNAVAL Y ALEGRÍA, MIS PRIMEROS AMIGUITOS, LOS PANCHITOS, MI SENDA INFANTIL, LOS CARIÑOSITOS, MIS PEQUEÑOS AMIGUITOS, MI PEQUEÑO REFUGIO, MI CASITA ALEGRE, SEMILLAS DE AMOR, HOMBRES NUEVOS, MI DULCE DESPERTAR, RINTINTIN, MIS ADORABLES SOBRINOS, MIS PEQUEÑAS MARAVILLAS, MIS PEQUEÑOS GENIOS (CRUCERO), APRENDIENDO JUNTOS A 1, APRENDIENDO JUNTOS A 2 , APRENDIENDO JUNTOS A 3, APRENDIENDO JUNTOS A 4, JULIAN´S PERIQUITOS 1, JULIAN´S PERIQUITOS 2, MIS PEQUEÑOS SALTARINES 1, MIS PEQUEÑOS SALTARINES 2, CARRUSEL, ELIM, MIS PEQUEÑOS GENIOS (ALMENAR), MANITAS CREATIVAS (EL AMPARO), LOS AMIGUITOS DE SANTIAGO, EL ENCANTO, LOS NIÑOS FELICES, LOS NIÑOS DEL MAÑANA, LOS OSITOS CARIÑOSITOS, LUNITA MAGICA, FRESITA, BLANCA NIEVES, JUNIORS, MI PEQUEÑO HOGAR, MICKEY, OSITOS FELICES, PIOLIN, LOS PETETES, MANITAS CREATIVAS (TIERRA BUENTA), UN MUNDO GRANDOTE , MI PEQUEÑA LULU, TRES OSITOS, LAS OVEJITAS DEL REY, PILITOS, LOS TRAVIESOS, LOS TRES PATICOS , MI MUNDO DE CREACIONES , MIS PRIMEROS PASOS). Se realiza actividad 5 de Seguimiento y fortalecimiento a las unidades de atención de la primera infancia, las cuales se priorizan 3 para el seguimiento de la localidad de Kennedy. Se realiza revisión en ADRES y COMPROBADOR DE DERECHOS para diligenciar los formatos requeridos, solicitud de consecutivos diarios, actualización de cronogramas, se realizar cargue de soportes de las actividades realizadas diariamente el drive correspondiente.</p>	<p>Formatos de caracterización social y ambiental, escalas abreviadas del desarrollo hcb, cartas de compromiso, actas y listados de asistencia, lista de chequeo seguimiento.</p>
---	---	---

<p>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. Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional</p>	<p>Se realiza captura de información de contacto, ubicación y conformación del HCB, así como información de cada uno de los integrantes de este; Se Identifica de factores protectores y de riesgo propios del HCB, así como estrategias que fomenten prácticas de cuidado en los menores; se identifica de alertas y riesgos en salud, desde cada una de las dimensiones prioritarias, tanto para la madre comunitaria como los menores; dichas alertas se encuentran establecidas a desde seguridad alimentaria y nutricional, infancia, condiciones transmisibles, salud mental, condiciones no transmisibles, entre otras; se realiza aplicación de tamizaje de escala abreviada de desarrollo en todos los menores de 5 años que se encuentre en el HCB y diligenciamiento de formato definido para tal fin, con el fin de identificar alertas en el desarrollo infantil de los menores, en 56 hogares de bienestar de la localidad de Kennedy (CÍRCULO DE AMIGOS, CARRUSEL DE COLORES, OSITO PANDA, LOS AMIGOS DEL SABER, MIS AVENTURITAS, CARNAVAL Y ALEGRÍA, MIS PRIMEROS AMIGUITOS, LOS PANCHITOS, MI SENDA INFANTIL, LOS CARIÑOSITOS, MIS PEQUEÑOS AMIGUITOS, MI PEQUEÑO REFUGIO, MI CASITA ALEGRE, SEMILLAS DE AMOR, HOMBRES NUEVOS, MI DULCE DESPERTAR, RINTINTIN, MIS ADORABLES SOBRINOS, MIS PEQUEÑAS MARAVILLAS, MIS PEQUEÑOS GENIOS (CRUCERO), APRENDIENDO JUNTOS A 1, APRENDIENDO JUNTOS A 2 , APRENDIENDO JUNTOS A 3, APRENDIENDO JUNTOS A 4, JULIAN´S PERIQUITOS 1, JULIAN´S PERIQUITOS 2, MIS PEQUEÑOS SALTARINES 1, MIS PEQUEÑOS SALTARINES 2, CARRUSEL, ELIM, MIS PEQUEÑOS GENIOS (ALMENAR), MANITAS CREATIVAS (EL AMPARO), LOS AMIGUITOS DE SANTIAGO, EL ENCANTO, LOS NIÑOS FELICES, LOS NIÑOS DEL MAÑANA, LOS OSITOS CARIÑOSITOS, LUNITA MAGICA, FRESITA, BLANCA NIEVES, JUNIORS, MI PEQUEÑO HOGAR, MICKEY, OSITOS FELICES, PIOLIN, LOS PETETES, MANITAS CREATIVAS (TIERRA BUENTA), UN MUNDO GRANDOTE , MI PEQUEÑA LULU, TRES OSITOS, LAS OVEJITAS DEL REY, PILITOS, LOS TRAVIESOS, LOS TRES PATICOS , MI MUNDO DE CREACIONES , MIS PRIMEROS PASOS). Se realiza actividad 5 de Seguimiento y fortalecimiento a las unidades de atención de la primera infancia, las cuales se priorizan 3 para el seguimiento de la localidad de Kennedy. Se realiza revisión en ADRES y COMPROBADOR DE DERECHOS para diligenciar los formatos requeridos, solicitud de consecutivos diarios, actualización de cronogramas, se realizar cargue de soportes de las actividades realizadas diariamente el drive correspondiente.</p>	<p>Formatos de caracterización social y ambiental, escalas abreviadas del desarrollo hcb, cartas de compromiso, actas y listados de asistencia, lista de chequeo seguimiento.</p>
---	---	---

Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Se participa en la jornada del mes. Se realiza las canalizaciones de los niños y niñas identificados son alertas o rezagos en el desarrollo de los 56 hogares comunitarios caracterizados en el mes, riesgos identificados posterior a la aplicación de la escala abreviada del desarrollo.	Informe de jornadas. Canalizaciones enviadas en el mes. Base de canalizaciones.
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	Se realiza aplicación de tamizaje de la escala abreviada del desarrollo versión 3 de manera lúdica donde se evalúan las 4 áreas del desarrollo (área de motricidad gruesa, área de motricidad fina, área de audición y lenguaje y área personal social) y se le explica a la madre comunitaria como fortalecer áreas del desarrollo, al igual que se realiza contacto familiar con los progenitores de los menores identificados con alerta en el desarrollo para brindar recomendaciones frente a la estimulación del desarrollo.	Escala abreviada del desarrollo versión 3, aplicadas a cada HCB.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	Se participa reunión de entorno el día 16 de agosto, se participa en la reunión de lineamientos el 6 de agosto, participación en el conversatorio del mes el 5 de agosto.	Actas y listados de asistencia.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del Referente del Entorno asignado	Se hace revisión de formatos a entregar, verificando calidad del dato y se entregan soportes de auditoría con calidad a la profesional de apoyo el 14 de agosto donde se revisa factura, revisión uno a uno de los formatos para verificar fechas y cantidad de usuarios atendidos.	Formatos de caracterización social y ambiental, escala abreviada del desarrollo por HCB, cartas de compromiso, actas y listados de asistencia, Planes de cuidado, sesiones colectivas, mascotas verdes
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, entes de control.	Se hace revisión de formatos a entregar , verificando calidad del dato y se entregan soportes de auditoría con calidad a la profesional de apoyo en el mes de agosto, se realiza entrega semanal de formatos a GESI donde se diligencia base con los soportes a entregar.	Formatos de caracterización social y ambiental, escala abreviada del desarrollo por HCB, cartas de compromiso, actas y listados de asistencia, Planes de cuidado, sesiones colectivas, mascotas verdes
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	Se realiza acciones de IEC para prevención de contagio de COVID en los hogares comunitarios caracterizados	Formatos de caracterización social y ambiental, escala abreviada del desarrollo hcb, cartas de compromiso, actas y listados de asistencia.
<p style="text-align: center;">ISLENA TORRES ACOSTA 51840427 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52983744	NÚMERO PLANILLA:	7934385998	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOYCE EDITH ECHEVERRI PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2024
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	TV 5J NO 48 15SUR	TELÉFONO:	6051789	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	837441513
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 256.000	\$ 0	\$ 256.000
SUBTOTALES:										\$ 256.000	\$ 0	\$ 256.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 200.000		\$ 0		\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:												\$ 200.000	\$ 0	\$ 0		\$ 200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 39.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000
SUBTOTALES:									\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 32.000	\$ 0	\$ 32.000
SUBTOTALES:			\$ 32.000	\$ 0	\$ 32.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																								
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						PARAFISCALES																	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 52983744	Echeverri Perez Joyce Edith	INDEPENDIE NTE CONTRATO DE PRESTACION DE		\$ 1.600.000				NO																		230201- PROTECCI ON	30	\$ 1.600.000	\$ 256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 256.000	EPS002- SALUD TOTAL	30	\$ 1.600.000	\$ 200.000	\$ 0	\$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.600.000	\$ 52983744	\$ 39.000	30	\$ 1.600.000	SCCF24- COMPEN SAR	\$ 32.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 527.000
--------------	-------------------

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/ 2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOYCE EDITH ECHEVERRI PEREZ

CC 52983744 DE BOGOTA

La suma de \$3.998.070 (TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE), por concepto de servicios DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA durante el periodo del 1 al 31 de Agosto de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1722/2024.



JOYCE EDITH ECHEVERRI PEREZ

C.C 52983744 BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 325244457