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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

180

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1002526690						
CORREO ELECTRONICO:	luzdayana22@gmail.com				CELULAR:	3112259055						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24099552499								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3703-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGOS 4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	626	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	27475	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistenciar en el area de PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.232.442									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$8.894.341
VALOR EJECUTADO	$8.894.341
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.232.442
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 **$2.271.315** 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
50547226	$908.526,00	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

Dado en Bogotá el mes de **MAYO** del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

luz laiton
LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Faltan firmas supervisor ambas hojas

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: 7 Fecha de aprobación: 30/11/2016 Código: SS-GC-FO-0052

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ								
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	X	C.E		NO.	1002529850			
CORREO ELECTRONICO:	luzdayana22@gmail.com				CELULAR:	3112289058			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FO09			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC		SEDE:	Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09#22	100%								
ENTIDAD FINANCIERA	BANCO CAJA SOCIAL			TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24008552469					PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	3703-2021				Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGOS 4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	526	FECHA	29/01/2021	NÚMERO DE CRP	2705	FECHA	30/04/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	5	2021		31	5	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$2.272.442								
TIPO DE SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 2%		$0				

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:	$8.869.341
VALOR EJECUTADO	$8.869.341
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.272.442
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 $2.272.315 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
505472229	$908.528,00	$113.566	$145.364	3	$22.132	$281.062

Dado en Bogotá el mes de MAYO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		Sede:	SUR					
No. DE CONTRATO:	3703-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ		C. C.	1.002.526.690			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución.	SI	1. Se ejecutan las actividades del mes de MAYO de acuerdo al lineamiento del proyecto Mantenimiento y fortalecimiento de la Estrategia de Vigilancia epidemiológica de Puntos de entrada Terminales Portuarios	1. Cumplimiento con la revisión y envio con actas de todos los productos, actualización, alimentación y revisión de archivo, entrega de insumos a los mismos.
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
4- Realizar la búsqueda activa comunitaria (BAC) con sus implicaciones barrido de casa, verificación de esquema de vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las poblaciones vulnerables.	SI	1. Búsqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a centro medico Colsanitas el Dorado para valoración medica. 2. Revisión de declaraciones general de aeronaves parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a migración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo. 3. Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo para enfermedades transmisibles y vectoriales o de más alertas epidemiológicas. como sarampión, fiebre amarilla, difteria, COVID 19, con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades. 4. Se realiza envió fotográfico.	1. se realizó por contingencia COVID 19. 2. se realizó, registro de todos los pasajeros al ingreso a nuestro país por contingencia COVID 19. 3.Se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidados,eguimiento telefónico por 14 días a pasajeros que ingresaron de países de riesgo por la contingencia de COVID 19, para cumplimiento de su respectiva aislamiento. 4.se realizó registro fotográfico a diario según actividad por contingencia COVID 19.
5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación.	SI	1. Promover información a la población, especialmente a todas las que viajan a zonas endémicas y de riesgo se indica puntos de vacunación y horarios, para su respectiva verificación y esquema vacunal requerido.	1.se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado por contingencia COVID 19.
6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.	SI	1. Se realizó actividades en el proyecto de acciones integradas de puntos de entrada del mes laborado de los días 1,4,6,9,10,12,14,15,18,20,23,24,26,28,29 de MAYO de 2021.	1.listado de asistencia y listado de entrega de EPP.
7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del Hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento socializando posteriormente la información obtenida.	SI	1. Se asistió a reunión de linea 14 DE MAYO de 2021.	1. Acta y listado de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza captacion de pasajeros por contingencia COVID 19. 2. Comunicación de riesgo COVID 19. Si presenta síntomas como(fiebre, cansancio, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, dificultad para respirar, o diarrea).	1. Se envia reporte a epidemiologa durante el turno, por contingencia COVID 19. 2. Se les brinda recomendaciones de salud, la importancia del aislamiento, signos y síntomas, lavado de manos, uso de tapabocas y acudir a lineas de orientación y atención medica si identifica los síntomas.
10-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.	SI	Se realizó envió de forma oportuna de los siguientes soportes: 1. captacion a pasajeros contingencia de COVID 19. 2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo.	1. Se envió seguimiento de pasajeros a epidemiologa. 2 Registro fotográfico se realizó a diario según labor por contingencia COVID 19.
11-Participara en pre-auditoria de soportes fisicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	NO	No progaramado para este mes	No progaramado para este mes
14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pùblica, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formuclacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	1. Capacitación a pasajeros provenientes de zonas de riesgo dando a conocer las alertas epidemiológicas que se presentan en el momento.	1. Se verifica a diario toma de temperatura y verificación de signos y síntomas a pasajeros por contingencia de COVID 19 2. Se dan recomendaciones a pasajeros la importancia del lavado de manos, el uso de tapabocas y el aislamiento obligatorio preventivo.
15- Realizar actividades de contención y mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSOC, disponiendo de recur5sos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y nlineamientos emanados por el mivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	1. Se realiza tamizaje de viajeros procedentes de zonas de riesgo y su respectiva canalización.	1. Se realiza envio de reporte a la epidemiologa del mes de MAYO 2021

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.232.442 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL ,CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS M/C.

LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ luz Dayana Laiton 1002526690
NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: luz laiton

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ	**NIT:**	1002526690
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2021
Número de Radicación:	50547226	**Total a pagar:**	$281,200
Fecha de vencimiento:	11/05/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/05/2021	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	985409608
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$22,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$145,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$113,600
						$281,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	1002526690	LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ	KRA 78A 41G 57 SUR	3112259055	3112259055
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
4	2021	4	2021	I	10 05 2021	50547226	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1002526690	LAITON RODRIGUEZ LUZ DAYANA	57	0			No	001	11																30	30	30	EPS008	$908,526	12.50%	$113,600	230201	$908,526	16.00%	$145,400	$0
																															$113,600				$145,400	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°5/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ

CC 1002526690 DE BOGOTA

La suma de 2.232442 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/C por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 1 DE MAYO al 31 DE MAYO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3703/2021

luz laiton

LUZ DAYANA LAITON RODRIGUEZ

CC 1002526690 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24099552499