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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018425045							
CORREO ELECTRONICO:	yiyikaro0423@hotmail.com				CELULAR:	3164022902							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALAS DE CIRUGIA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03C01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	36417615495								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2262-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3					
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	12734	FECHA	31/01/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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	4	2021		30	4	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$33.569										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NO								
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. 186 HORAS MARZO Y 180 HORAS ABRIL											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.320.000
VALOR EJECUTADO	$17.925.846
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.042.420
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.394.154
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99.5%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9418450868	$2.497.534	$ 312.192	$ 399.605	3	$ 60.840	$ 772.637

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año Dos Mil VEINTI UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALAS DE CIRUGIA		Sede: UNIDAD FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2262-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			01	04	2021		30	04	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ		CC	1.018.425.045			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades como profesional de la salud, con plena autonomia de acuerdo a los procedimientos establecidos por la subred.	100%	Realizo las actividades como profesional de la salud, con plena autonomia de acuerdo a los procedimientos establecidos por la subred.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según el plan de trabajo crongrama de actividades el cual debera ser aprobado previamente por el	100%	Ejecuto las acciones propias de su objeto contractual según el plan de trabajo crongrama de actividades el cual debera ser aprobado previamente por el supervisor.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de atencion en los diferentes servicios.	100%	Propongo acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de atencion en los diferentes servicios.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Elaborar informe mensual de seguimiento que sean requeridos por su supervisor	NO APLICA	No realizo informe mensual de seguimiento que sean requeridos por su supervisor	NO APLICA
Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control, y entidades responsables del pago, entre otras.	100%	Apoyo la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control, y entidades responsables del pago, entre otras.	CUANDO SE REQUIERA
Asesorar y participar en los diferentes comites institucionales.	100%	Asesoro y participo en los diferentes comites institucionales.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Apoyara la direccion y la subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	100%	Apoyo la direccion y la subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al personal a cargo.	100%	Imparto instrucciones al personal a cargo.	ORDENES MEDICAS
Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.	100%	Velo por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de actividades propias del contrato.	100%	cumplo con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de actividades propias del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
generar acciones de autocontrol.y mejoramiento que granticen la operación eficiente del area.	100%	genero acciones de autocontrol y mejoramiento que granticen la operación eficiente del area.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
participar en el seguimiento de las metas de produccion y los indicadores del sistema de calidad.	100%	participo en el seguimiento de las metas de produccion y los indicadores del sistema de calidad.	CUANDO SE REQUIERA
diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	100%	diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
ejercer la supervicion los contratos que le sean designados.	NO APLICA	no realizo la supervicion los contratos que le sean designados.	NO APLICA
diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la poblacion y sostenibilidad en la institucion.	100%	Diseño estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la poblacion y sostenibilidad en la institucion.	FORMATO INSTITUCIONAL
Promover el uso racional de los recursos asignados al area.	100%	Promuevo el uso racional de los recursos asignados al area.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred.	CUANDO SE REQUIERA
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	NO APLICA	No elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	NO APLICA
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio.	SISTEMA DE INFORMACION
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervision de los contratos para los que sean designados.	NO APLICA	No realizo supervision de los contratos para los que sean designados.	NO APLICA
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	100%	Entrego la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	CUANDO LO REQUIERAN
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL:	$ 6.042.420	SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ. CC 1018425045

SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY

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

Fecha :ABRIL 2021

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SANCHEZ ALVAREZ JEIMMY CAROLINA identificado(a) con CC 1018425045 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ identificado(a) con CC 1018425045

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9418450868	949137185	I	2021-04-08	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2021-03	30									X									$2,497,534	12.5%	$312,200
9418450868	949137185	I	2021-04-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2021-03	30									X									$2,497,534	16%	$399,700
9418450868	949137185	I	2021-04-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2021-03	30									X									$2,497,534		$0
9418450868	949137185	I	2021-04-08	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2021-03	30									X									$2,497,534		$0
9418450868	949137185	I	2021-04-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2021-03	30									X									$0	0%	$0
9418450868	949137185	I	2021-04-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2021-03	30									X									$0	0%	$0
9418450868	949137185	I	2021-04-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2021-03	30									X									$2,497,534	2.436%	$60,900

Este certificado se expide el día 2021-04-08 a las 09:23.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ

C.C 1018425045 DE BOGOTÁ

La suma de $6.042.420, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico general durante el periodo de 01 al 30 de ABRIL de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2262-2021

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ

C.C 1018425045DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 36417615495