| 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: | GISELA NEIRA QUITIAN | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.023.931.807 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | GISELANEIRA1@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3219750123 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA16M05 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 74111147 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **2427-2021** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **2 DE 3** | | | |
| NÚMERO DE CDP | **201** | FECHA | **10/02/2021** | NÚMERO DE CRP | **16433** | FECHA | **18/02/2021** | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, 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 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.425.504 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | | |

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: | $4.276.512 |
| VALOR EJECUTADO | $2.851.008 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.425.504 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.425.504 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 48683454 | $908.526 | $ 113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los 31 dias del mes de MARZO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

GISELA NEIRA QUITIAN

**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN D** Version 2

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Fecha de aprobación 3/04/2017

Código: 04-02-FO-0003

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | FARMACIA | | | | **Sede: PABLO VI** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **2427-2021** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 2021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | GISELA NEIRA QUITIAN | | **C. C.** | 1023931807 | | **DE** | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIS 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. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades | SI | 1. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades | Como se contempla en la intranet y mapa de riesgos de la institución y en los aplicativos hims e hipocrates |
| 2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos. | SI | 2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos. | hacer retroalimentación del plan de beneficios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos. Contapladas en el intranet |
| 3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital | SI | 3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital | haciendo una buena orientación el cliente externo e interno para acceder a los servicios ofertados por el hospital |
| 4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentación individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) así como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad. | SI | 4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentación individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) así como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad. | |
| 5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directnces institucionales, legales y/o contractuales. | SI | 5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directrices institucionales, legales y/o contractuales. | asistir de forma adecuada y cumpliendo el horario de la capacitación asignada, firmando la asistencia y retroalimantar al equipo de trabajo |
| 6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades. | SI | 6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades. | cuidar los equipos de oficina y centros de computo, teniendo en cuenta la buena manipulación de los mismos y reportar cualquier al área en cargada |
| 7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la | SI | 7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la | realizar la auto evaluación de las actividades asiganas e implementar acciones de mejora para realizar acabalidad los actividades, e informar al líder los posibles |
| 8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada | SI | 8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada | realizar las actividades asignadas con calidad y cumpliendo las metas en el tiempo estipulado |
| 9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido. | SI | 9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido. | lista de asistencia a la actividad y buena disposición |
| 10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la | SI | 10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la | con tributos y aplicar el código de buen gobierno y código de ética |
| 11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar | SI | 11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar | En el intranet y acta de compromisos |
| 12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex | SI | 12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex | realizar los conteos ciclicos registrarlos y compararlos con Dinamica |
| 13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos | SI | 13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos | realiza digitacion en el sistema Dinamica |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): MILLON CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS ( $1.425.504)**

Gisela Neira Q. 1023931807.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:GISELA NEIRA QUITIAN CC 1023931807 DE BOGOTA

Fecha : 31/03/2021 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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023931807 | GISELA NEIRA QUITIAN | CALLE 48 SUR No 5-31 | 3657619 | giselaneira1@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-02 | 2021-02 | I | 11/03/2021 | 48683454 | $281.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023931807 | GISELA NEIRA QUITIAN | CALLE 48 SUR No 5-31 | 3657619 | giselaneira1@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-02 | 2021-02 | I | 11/03/2021 | 48683454 | $281.200 | |

## TALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1023931807 | NEIRA QUITIAN GISELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 22.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GISELA NEIRA QUITIAN

C.C 1.023.931.807 DE BOGOTA

La suma de un millón cuatrocientos veinticinco mil quinientos cuatro pesos m/cte ($1.425.504), por concepto de: prestación de servicios como digitadora en la unidad Pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2427-2021.

Gisela Neira Q.

GISELA NEIRA QUITIAN

C.C.1.023.931.807 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BBVA

NUMERO 74111147