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.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.010.162.327						
CORREO ELECTRONICO:	leidyrodriguez39@gmail.com				CELULAR:	3123218021						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON ZONA FRANCA FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66146097201								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3507-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4	DE	4	
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	27278	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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:	$4.185.725									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:Ninguna

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.676.578
VALOR EJECUTADO	$16.676.578
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.185.725
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
50475392 / 50688269	$1.700.819	$212.603	$272.131	3	$41.432	**$526.166**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

14

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-IFO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL							**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**			
No. DE CONTRATO:	3507-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES		**C. C.**		1.010.162.327		DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
Realizar, liderar o apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control, toma y envió de muestras y operativos, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud	SI	Se realizó apoyo en el proceso de asistencia a establecimientos objeto de inspección y vigilancia de la línea medicamentos seguros y en todo lo relacionado a verificación y adherencia de indicaciones que minimicen eventos de contagio y propagación del COVID- 19	Formato seguimiento en campo / Actas de reunión / Informe mensual consolidado de resultados en campo
Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública.	SI	Seguimiento semanal de cada una de las actividades de IVC, realizadas por los colaboradores de la línea medicamentos seguros	Base excel de programación y entrega de metas
Interlocución entre grupos, sectores sociales y gobierno local que busca interrelación entre los diferentes actores para la identificación de intereses	SI	Programación de actividades - operativos en zonas de alerta naranja declarados por el Distrito a partir de la emergencia por COVID-19	Asignación UPZ mediante formato excel, meta mensual
Participar en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local	NO	No aplica durante el periodo	No aplica
Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas	NO	No aplica durante el periodo	No aplica
Actualización y análisis del mapeo de sectores y actores sociales	NO	No aplica durante el periodo	No aplica
Elaborar y Consolidar Planes de Mejoramiento.	SI	Seguimiento plan de mejoramiento profesionale de IVC	Actas de reunión
Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.	SI	Se brindó asesoría técnica a comunidad durante seguimiento en campo a las acciones relacionadas con el COVID -19 y normatividad aplicable a establecimientos intervenidos	Formato de seguimiento en campo
Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas según requerimientos.	SI	Verificación de informes línea de medicamentos, realización de informes alertas sanitarias	Informes correo electrónico, aplicativo ORFEO
Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados.	SI	Participación en cada una de las reuniones virtuales programadas desde la Secretaría Distrital de Salud	Acta de reunión SDS
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).	SI	Realización y/o envío de informes de la línea, realización de redistribución y reprogramación de actividades	Formatos en archivo excell
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad	SI	Se realizó atención y programación a solicitudes de levantamiento de medidas sanitarias de seguridad	Oficio respuesta - aplicativo ORFEO, correo electrónico
Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad	SI	Se remite información a colaboradores para dar prioridad a zonas de alerta naranja para socialización de actividades en beneficio de la mitigación y propagación del COVID-19	Correos electrónicos
Preparar, presentar, participar en los procesos de auditorías internas y externas a las actividades programadas.	SI	Se realiza alistamiento y revisión de documentación para presentación de auditoria	actas diligenciadas en carpetas, actas de reunión formatos de seguimiento
Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo	SI	Se tienen custodia de actas y de los insumos necesarios para el normal desarrollo de las actividades	Actas de seguimiento
Seguimiento y análisis periódico de los casos objeto de canalización del Componente	NO	No programado	No programado
Elaborar y Consolidar respuesta de Glosas Parciales y Definitivas	SI	Se consolida respuesta a glosa y se genera soportes para su respectivo levantamiento	Soportes físicos para levantamiento de glosa
Realizar el direccionamiento técnico de la línea de intervención correspondiente, en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC.	SI	Se realiza socialización al equipo de trabajo sobre los lineamientos a implementar durante la vigencia. Se realiza proceso de cadena de custodia de los decomisos	Actas de reunión / Base excell
Presentar los soportes de las actividades ejecutadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato PSPIC en los procesos de asistencia técnica, seguimiento y control programados por la SDS.	SI	Se brindó asistencia técnica y se realizó seguimiento en campo Se consolida informes MECE para envío a SISVEA	Formato de seguimiento, actas de reunión, correos electrónicos., Base excel
Elaboración y remisión de la información solicitada por SDS o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna	SI	Se emiten consultas y/o respuestas a información solicitada a SDS por medio del correo medicamentossuroccidente@gmail.com	Correos electrónicos
Realizar, consolidar y entregar productos derivados de los procesos del liderazgo de las líneas operativas de manera mensual máximo el 4 día hábil del mes siguiente al desarrollo de sus actividades.	SI	Revisión de factura mes factura mayo 2021, elaboración de matriz 7831 mes vencido	Formatos, documentos digitalizados en correo electrónico
Generar procesos de articulación de vigilancia en salud ambiental con Vigilancia en Salud Pública, espacios de vida cotidiana y gobernanza; así como participar en las acciones transversales según los productos y actividades de los lineamientos del PSPIC	SI	Reunión con línea de alimentos, saneamiento básico y seguridad química para concertar apoyo de línea medicamentos en sus acciones de IVC, en caso de requerirlo	actas de reunión
adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables.	SI	Solicitud de elementos de protección personal y formatos para IVC, teniendo en cuenta la programación mensual de metas	Solicitud mediante correo electrónico y formato excel
Realizar programaciones, redistribuciones y reformulación de las intervenciones de cada una de las líneas de intervención teniendo en cuenta la dinámica de talento humano y demás particularidades de las localidades objeto del desarrollo de actividades.	SI	Redistribución y reprogramación actividades mes mayo 2021	Formatos en archivo excell
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.	SI	Se cumple a cabalidad actividades enmarcados bajo las normas y procedimientos de la institución	no aplica
Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios	SI	Se implementaron actividades en concordancia a la visión y misión institucional	no aplica
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.	SI	Se ejecutaron actividades bajo el principio de lealtad y buena fé	no aplica
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.	SI	Se realizó aportes al SGSSS bajo los parámetros establecidos en la normatividad legal vigente.	Planilla de aportes al SGSSS

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 4'185.725 CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CTE

Leidy Judith Rodriguez Nieves

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1010162327

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010162327	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES	KR 72 H BIS No. 38 D - 49 SUR	312321802	leidyrodriguez39@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	
2021-04	2021-04	I	11/05/2021	60475392	$551.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	209.400	0		0		0	0	0	0	209.400	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	268.000	0	0	0	0	0	0		268.000	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	800030790-5	40.900				40.900	0	0	40.900			409	40.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	33.500	0	0	33.500	1

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	209.400	209.400
Pensión	1	268.000	268.000
Riesgos Laborales	1	40.900	40.900
CCF	1	33.500	33.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	551.800	551.800

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	1010162327	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES	KR 72 H BIS No. 38 D - 49 SUR	312321802	leidyrodriguez39@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
50475392	11/05/2021				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-04	2021-04	N	19/05/2021	50688269	$6.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Independiente	Extranjero sin cédula	Extranjero	IBC	INT	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
1	CC	1010162327	RODRIGUEZ NIEVES LEIDY JUDITH	59	0			N																	230201	1.700.819	272.200	0	0	0	0	EPS005	1.700.819	212.700	14-11	1.700.819	3	41.600	CCF21	1.700.819	84.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1010162327	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES		KR 72 H BIS No. 38 D - 49 SUR	312321802	leidyrodriguez39@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
50475392	11/05/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	N	19/05/2021	50688269	$8.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	3.300	0		0		0	0	0	0	3.300	1

TOTALES PENSION											
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	4.200	0	0	0	0	0	0		4.200	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	600				600	0	0	600			6	600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	600	0	0	600	1

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	3.300	3.300
Pensión	1	4.200	4.200
Riesgos Laborales	1	600	600
CCF	1	600	600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	8.700	8.700

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:

LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES

C.C. 1.010.162.327 DE BOGOTA

La suma de $ 4.185.725 CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CTE, por concepto de: Actividades como líder operativo de la línea medicamentos seguros durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de mayo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3507-2021.

LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES

C.C. 1.010.162.327 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 66146097201