Secretaría 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:	Paola Andrea Sanabria Velandia												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		**NO.**	1030606606							
CORREO ELECTRONICO:	paansave@gmail.com				**CELULAR:**	3017869125 - 3502272499							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				**SEDE:**	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K26	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	.0550008200829334								**PENSIONADO**	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5603-2021			**N° DE PAGOS DEL CONTRATO**			2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	626	**FECHA**	29/04/2021	**NÚMERO DE CRP**	28045	**FECHA**	30/04/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCION DE SERVICIOS DEL RIESGO EN SALUD, 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:	$1.674.263								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	**RESERVA DE GLOSA 2%**	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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	2.511.395
VALOR EJECUTADO	2.511.395
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	1.674.263
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
50312338	$ 908.526	$ 56.800	$ 72.700	3	$ 11.100	**$ 140.600**

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

CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA
SUPERVISOR

PAOLA ANDREA SANABRIA VELNDIA
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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES			**Sede:** Fontibon							
No. DE CONTRATO:	5603-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
				1	5	2.021		31	5	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA SANABRIA VELANDIA			**C. C.**	1.030.606.606		**DE**	BOGOTA			

OBJETO: 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Digitación en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	SI	Se digita en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	Se digito en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural
2. Actualización en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	SI	Se actualiza en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	Se actualizo en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural
3. Diligenciamiento del registro diario para consolidado mensual.	SI	Se diligencia el registro diario para consolidado mensual.	Se diligencio el registro diario para consolidado mensual.
4. Generar listados diarios de vacunación en estrategia intramural o extramural.	SI	Se generan listados diarios de vacunación en estrategia intramural o extramural.	Se generaron listados diarios de vacunación en estrategia intramural o extramural.
5. Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	Se ingresa la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados	Se ingreso la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados
6. Elaboración de los Informes solicitados	SI	Se elaboran los Informes solicitados	Se elaboraron los Informes solicitados
7. Asistir a reuniones programadas locales y distritales	SI	Se asiste a reuniones programadas locales y distritales	Se asistio a reuniones programadas locales y distritales
8. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean ncomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se diligencia de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	Se diligencio de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.
9. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la subred	SI	Se guarda absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la subred.	Se guardo absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la subred.
10. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a los establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente	SI	Se cumple a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a los establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente	Se cumplio a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a los establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente
11. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas	SI	Se da cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas	Se dio cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas

TOTAL A PAGAR (Número y letras):: UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE. ($1.674.263)

Paola Andrea Sanabria Velandia

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL Paola Sanabria CC 1030606606

Fecha :

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	1030606606	Paola Andrea Sanabria Velandia		kr 82a # 51a - 16 sur	4940701	paansave@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	04/05/2021	50312338	$140.600	

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	56.800	0		0		0	0	0	0	56.800	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	72.700	0	0	0	0	0	0		72.700	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	11.100				11.100	0	0	11.100			111	11.100	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	56.800	56.800
Pensión	1	72.700	72.700
Riesgos Laborales	1	11.100	11.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	140.600	140.600

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 05 2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAOLA ANDREA SANABRIA VELANDIA

CC. 1.030.606.606 DE BOGOTÁ

La suma de UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE. ($1.674.263), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como DIGITADOR en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo del 1 al 31 de mayo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5603-2021.

Paola Sanabria

PAOLA ANDREA SANABRIA VELANDIA

CC. 1.030.606.606 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550008200829334