130

	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		
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAZMÍN ANGELICA VARELA ANGEL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.070.751.649						
CORREO ELECTRONICO:	angelicavarela28@hotmail.com				CELULAR:	3174328316						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					F009							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	F009				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	24104726332								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4181-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5			
NÚMERO DE CDP	766	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	33500	FECHA	31/05/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o Asistencial en el Area del Pic,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SEBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.743.767									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					
OBSERVACIONES:	-									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$23.643.725
VALOR EJECUTADO	$23.643.725
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.743.767
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
50580362.	1.897.507.	237.200.	303.700.	3	46.300.	$587.200

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

Sandra

SANDRA MILENA MANCERA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angelica Varela.

JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VSP			**Sede:**		**FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	4181-2021	**Periodo certificado desde el:**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL		**C. C.**	1.070.751.649			**DE**	San Bernardo - Cundinamarca		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Entrega de las IEC de seguimientos Covid-19 .	Matriz de reporte diario COVID-19 e Informe de Gestión Mensual.
2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.	SI	Se realizan 110 IEC efectivas , 30 IEC Fallidas, 2 casos Interlocales , para un total de casos gestionados 142	Matriz de reporte diario COVID-19 e Informe de Gestión Mensual.
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados.	SI	Se 0 canalizan casos de brotes familiares.	Matriz de reporte diario COVID-19 e Informe de Gestión Mensual.
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	SI	Entrega Oportuna de los IEC realizadas y enviadas.	Acta y listados de asistencia.
5. Apoyar en las asesorias y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	Verificacion de la informacion contra las bases de datos enviadas desde el subsistema.	Matriz de reporte diario COVID-19 e Informe de Gestión Mensual
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
10. Participar en pre auditoria y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Revision y entrega de las IEC del mes de junio, con oportunidady calidad	Acta y listados de asistencia.
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	Se interpretan y desarrollan los formatos enviados en los lineamientos enviados desde SDS.	Matriz de reporte diario COVID-19 e Informe de Gestión Mensual
14. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna según programación.	NO	No programado para este mes .	No programado para este mes.
15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	Revision de la documentacion requerida en las IEC realizadas.	Matriz de reporte de los procesos en mención.
16. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual.	SI	Entrega de las IEC de seguimientos covid-19 deacuerdo a la meta establecida.	Acta y Listado de asistencia.
17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	NO	Se hace particlpacion en las actividades requeridas para la acreditacion.	Acta y Listado de asistencia.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 4.743.767 CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUATENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MTCE.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Angelica Varela

JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL

C.C.: 1.070.751.649 de San Bernardor - Cundinamarca.

Firma de recibido supervisor: Saudraff

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

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 6/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL

C.C. 1.070.751.649 DE SAN BERNARDO - CUNDINAMARCA

La suma de ***$ 4.743.767 CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUATENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MTCE.*** Por concepto de: ***Servicios como Profesional Especializada*** 4 durante el periodo de ***1 al 30 de Junio de 2021*** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° ***4181-2021***

Angelica Varela.

JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL

C.C. 1.70.751.649 DE SAN BERNARDO - CUNDINAMARCA

CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL

NUMERO 24104726332

Escaneado con CamScanner

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	1070751649	JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL	Cl 6 A 89 42 Int 3 Apto 604	8012975	angelicavarela28@hotmail.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	
2021-05	2021-05	I	04/06/2021	50580362	$587.200	

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	237.200	0		0		0	0	0	0	237.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.700	0	0	0	0	0	0		303.700	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	46.300				46.300	0	0	46.300			463	46.300	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	237.200	237.200
Pensión	1	303.700	303.700
Riesgos Laborales	1	46.300	46.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	587.200	587.200

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 DE 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070751649	JAZMIN ANGELICA VARELA ANGEL	Cl 6 A 89 42 Inl 3 Apto 604	8012975	angelicavarela26@hotmail.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	
2021-05	2021-05	I	04/06/2021	50580362	$587.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Estudiante	Ind	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
1	CC	1070751649	VARELA ANGEL JAZMIN ANGELICA	59	0			N																25-14	1.897.507	303.700	0	0	0	0	EPS008	1.897.507	237.200	14-11	1.897.507	3	46.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner