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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,031,132,433						
CORREO ELECTRONICO:	angieramirezgranados2029@gmail.com				CELULAR:	3162547343						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE11											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	Proteccion especifica-covid Tintal				SEDE:	TINTAL						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	327163614								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5159-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	28771	FECHA	30/04/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	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. Auxiliar de enfermería.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	5	2021		31	5	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.612								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.151.642
VALOR EJECUTADO	$6.151.642
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 $ 2.197.612 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
9417463692	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$299.400

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

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Cód go	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Protección especifica-Covid Tintal KE11							Sede: TINTAL				
No. DE CONTRATO:	5159-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	5	2,021		31	5	2,021			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS		C. C.	1,031,132,433			DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: 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. Auxiliar de enfermeria.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de: veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, participar activamente en las acciones de cada fase del proyecto vacunación COVID, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	si	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas del proyecto de vacunación COVID, como lo son realizar registros, brindar información, observación y seguimiento del usuario vacunado.	Se cumplio con todas las actividades requeridas y/o asignadas en la fase actual del proyecto de vacunación COVID, siguiendo parametros y lineamientos.
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento en el programa regular y en proyecto vacunación COVID.	si	Se realiza oportuno acompañamiento y vacunación a población mayor de 60 años y talento humano en el programa de vacunación COVID en los diferentes escenarios.	Se da cumplimiento a las actividades y metas designadas según lineamientos en el proyecto de vacunación COVID.
3. Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado, participación activa en las fases de desarrollo del proyecto vacunación COVID.	si	Se participa activamente en las jornadas de vacunación COVID, realizando actividades de observación a población vacunada.	Se participa activamente en las jornadas de salud pública programadas en los espacios asignados de desarrollo para el proyecto de vacunación COVID a población correspondiente.
4. Realizar seguimiento a las acciones a desarrollar en el proyecto vacunación COVID apoyo en asistencia técnica an las IPS de la subred.	si	Se realiza seguimiento telefonico a la población mayor de 60 años para que asista a los puntos asignados.	Se realiza seguimiento a las acciones a desarrollar en el proyecto de vacunación COVID.
5. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	si	Se incentiva y orienta a los usuarios para que sean partícipes del proyecto de vacunación COVID y programa regular de vacunación.	Se realiza orientación adecuada a los usuarios para que se hagan partícipes de las jornadas de salud referentes al tema de vacunación.
6. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	no		
7. Realizar la gestión del riesgo.	si	Se maneja el manual de bioseguridad, los diez correctos y se da educación a cada uno de los usuarios incluyendo sus familiares, brindando una atención segura, se reciben EPP, como lo son gorro, tapabocas, bata y guantes.	Dar cumplimiento a la educación requerida para los usuarios, se aplican los 10 correctos y se da manejo al manual de bioseguridad.
8. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	si	Se realiza observación de usuarios el tiempo estipulado posterior a la vacunación COVID.	Se observan aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud pública.
9. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	si	Se realiza educación sobre indicaciones de cuidados posteriores a la vacunación COVID.	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades educacion sobre la vacunación COVID.
10. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	si	Se diligencia carnes adulto y consentimientos informados vacuna COVID y se lleva acabo la adecuada custodia de los mismos, se entrega cada base, jeringas, carnés y biologicos utilizados y sobrantes según lo recibido.	Al terminar la jornada se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los consentimientos informados y base de datos registradas junto con todos los elementos utilizados y sobrantes de la jornada y se registra en respectiva planilla.
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	si	Se realiza lectura de cada uno de los carnes y consentimientos informados, se verifica que esten debidamente diligenciados.	Se entrega de manera oportuna y de calidad los informes requeridos al terminar la jornada de vacunación.
12. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS.	no		
13. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	no		

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,197,015 dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos

ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS C.C 1,031,132,433

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 05/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS

CC 1.031.132.433 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de 2.197.015 dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos, por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 01/05/2021 al 31/05/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5159/2021.

ANGIE PAOLA RAMIREZ GRANADOS

CC 1.031.132.433 DE BOGOTÁ D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ

NÚMERO 327163614

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031132433		RAMIREZ GRANADOS ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22A 37 28 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	00431410	9417463692	I	2021/05/10	2021/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$299,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	1031132433	RAMIREZ ANGIE	230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600	CCF24	30	$908,526	$18,200	14-11	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/05/06 04:17 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031132433		RAMIREZ GRANADOS ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22A 37 28 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	00431410	9417463692	I	2021/05/10	2021/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$299,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,200	$0	$0	$18,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$18,200	$0	$0	$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$299,400	$0	$0	$299,400

2021/05/06 04:17 PM