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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANA ELVIRA DURA ORTIZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018427934							
CORREO ELECTRONICO:	yoyis-1819@hotmail.com				CELULAR:	3212903927							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA30N04												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ProTeccion especifica-Laureles				SEDE:	LAURELES							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA30N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24094325034								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5365-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	3 DE 3						
NÚMERO DE CDP	765	FECHA	27/05/2021		NÚMERO DE CRP	32074	FECHA	31/05/2021				
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 enfermeria											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	6	2021		30	6	2021				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015											
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.030.448
VALOR EJECUTADO	$7.030.448
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 $ 2.271.315 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
50572035	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

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

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
Fecha de aprobación: 09/11/2016
Código: 15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANA ELVIRA DURA ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018427934						
CORREO ELECTRONICO:	yoyis-1819@hotmail.com				CELULAR:	3212903927						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA30N04											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ProTeccion espcifica-Laureles				SEDE:	LAURELES						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA30N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24094325034								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5365-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1	
NÚMERO DE CDP	765	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	32074	FECHA	31/05/2021
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 enfermeria						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2021		30	6	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.030.448
VALOR EJECUTADO	$7.030.448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.016
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
50572035	900536	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

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

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2								
		Fecha de aprobación	03/04/2017								
		Código:	04-02-FO-0003								
Ubicación del Servicio:	proTeccion especifica - Laureles PA30N04			**Sede:Laureles**							
No. DE CONTRATO:	**5365- 2021**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
				1	6	2021		30	6	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ**			**C. C.**		**1.018.427.934**		**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 der Enfermeria

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI 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 del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud Incrementar las acciones de gestion y coordinacion	X	Se da cumplimiento a lo establecido según los lineamientos en cada unas de las actividades asignadas por el jefe inmediato	Se cumple con activides asignadas de acuerdo a los lineaminetos establecidos
2. Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública	X	Se da cumplimiento según planeacion y seguimiento de las actividades realizadas en salud publica	Se cumplen las activides según los parametros de planeacion y seguimiento
3. 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	X	Se brinda informacion tecnica con direccionamiento a la comunidad en eventos de interes de salud publica.	Se cumple con los eventos de interes de salud publica bajo la informacion direccionada por el jefe inmediato.
4.Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas o Proyectos Especiales a los diferentes entes según requerimientos.	NO		
5.Realizar seguimiento al proceso PAI	NO		
6.Realizar acciones de planeación, organización, coordinación, ejecución, monitoreo, control y evaluación de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización.	X	Se realiza seguimiento, observacion , digitacion durante el proceso de vacunacion covid.	Se entrega bases diligenciadas y concentimentos firmados por paciente asignado para la vacunacion covid.
7. Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados.	X	Se asiste a los lugares asignados por el jefe inmediato para la realizacion de la vacunacion covid.	Se cumple a cabalidad con la actividad programada en cada punto según perfil de asistencia.
8. Alistar soportes y presentar auditorias programadas	NO		
9. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).	X	Se entrega el reporte de concentimientos debidamente diligenciados por el usuario.	Se brinda asesoria al usuario para diligenciamento del concentimiento informado,verificando datos y firma.
10. Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	X	Se direcciona a la persona encargada sobre las inquietudes de los usuarios.	Se brinda informacion según lo requerido por cada usuario.
11. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (Idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.	X	Garantiza la calidad y el desarrollo de las obligaciones que son objeto directo contractual.	Se presta un servicio de calidad humana dando una atencion adecuada a cada usuario.
12.Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	X	Se brinda a la comunidada y colaboradores una actitud respetuosa y amable promoviendo valores y principios en cada una de las actividades.	Se mantiene un trato respetuoso y amable a la comunidad.
13. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	X	Cumplir con la asistencia a las reuniones y capacitaciones asignadas por la institucion.	Se cumple con la asistencia y participacion organizadas por la institucion.
14. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	X	Cumplir con el derecho de privacidad de cada uno de los usuarios.	Se da un trato igualitario a cada uno de los usuarios que llegan para la prestacion del servicio.
15.Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	X	Se conoce lineaminetos relacionados con los objetivos especificos y generales frente a la vacunacion covid.	Se realiza vacunacion según lineamientos entregados a todo el grupo de trabajo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE PESOS MCTE

JOHNA ELVIRA DURAN ORTIZ 1018427934 DE BOGOTA

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 N° 06/2021

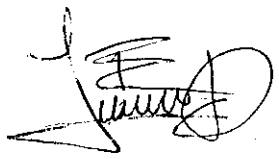
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ

CC 1018427934

La suma de $2.197.015 (DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE PESOS) por concepto de servicios de auxiliar de enfermería vacunación durante el periodo de 1 de junio al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5365-2021



JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ

CC 1018427934

CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL

24094325034

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 64/2021

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

NIT: 900.959.048-4

JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ

CC 1018427934

La suma de $2.197.015 (DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE PESOS) por concepto de servicios de auxiliar de enfermería vacunación durante el periodo de 1 de junio al 30 de junio de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5365-2021

JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ

CC 1018427934

CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL

24094325034

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	1018427934	JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ	TRANS 4C ESTE 95 07 SUR	6379791	yoyis-1819@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	08/06/2021	50572035	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	1018427934	JOHANA ELVIRA DURAN ORTIZ	TRANS 4C ESTE 95 07 SUR	6379791	yoyis-1819@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	08/06/2021	50572035	$281.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ortopedia	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Errores	IRP	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 otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018427934	DURAN ORTIZ JOHANA ELVIRA	59	0			N																	25-14	908,526	145,400	0	0	0	0	EPS008	908,526	113,500	14-11	908,526	3	22,200		0	0	0	0	0	0	0

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