200

| 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: | DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52483224 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nicote48@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3045490814 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | 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: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 455470021888 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3754-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 5 | | |
| NÚMERO DE CDP | 766 | FECHA | 27/5/2021 | NÚMERO DE CRP | 33105 | FECHA | 31/5/2021 | | |
| 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. | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2´232.442 ( DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS) | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 |

OBSERVACIONES: (Descuentos,incapacidades,licencias de maternidad y pagos por porcentajes.O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios,alivios tributarios)es de anotarpae que los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11.126.783 |
| VALOR EJECUTADO | $11.126.783 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.232.442 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50818732 | $908.526 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | $281.200 |

Dado en Bogotá 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:

Diana C Malaver Prieto

**DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO**

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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 | 03/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | F009 | **Sede: fontibon** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO: 3754-2021** | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO | **C. C.** | 52 483 224 | | **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.**

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil tecnico conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio. | SI | Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distntal, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| 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-ESE. | SI | Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS | SI | Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional teniendo en cuenta las necesidades de las familias | No aplica para el mes certificado |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitanas, institucionales, locales) programadastanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente ESE, o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado. | SI | Según requerimiento de la Subred. | No aplica para el mes certificado |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS | SI | Se realiza activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a las necesidades de las familias. | Formato de canalizacion y activacion de ruta. |
| Alistar soportes y presentar auditonas programadas tanto de la ESE como de la firma auditora y/o SDS. | SI | Soportes de productos para el periodo ejecutado. | Documentos soporte de productos. |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | SI | Se realiza Notificacion de eventos de interes en salud publica requeridas según caracterizacion de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la segundad social en salud. | SI | Se informa a los individuos/ familias o colectivos sobre sus derechos y deberes en los diferentes encuentros que se tienen con ellos. | Matriz de unidad de analisis e implementación. |
| Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. | SI | Familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| 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). | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| Velar y responder por los recursos yadecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. | SI | Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos | Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos |
| Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distnto Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.232.442 (DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS )**

Diana C. Malaver Prieto

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC 52483224

CONTRATISTA

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

DEBE A:

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC. 52483224 DE BOGOTA

La suma de $2.232.442 (Dos millones doscientos treinta y dos mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos M/C) por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFEMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 1 JUNIO al 30 de JUNIO 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3754/2021

Diana C Malaver Prieto

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC 52483224 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 455470021888

Escaneado con CamScanner

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 | 52483224 | DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO | CALLE 15B BIS #112-51 | 4153960 | nicote48@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 09/06/2021 | 50818732 | $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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52483224 | DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO | | CALLE 15B BIS #112-51 | 4153960 | nicote48@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 09/06/2021 | 50818732 | $281.200 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Exterior | Extranjero | Cotiza exterior | Estudiante | ING | 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 | 52483224 | MALAVER PRIETO DIANA CONSUELO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 22.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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