| | 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 | | | 3 DE 3 | | |
| NÚMERO DE CDP | 766 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP | 33613 | FECHA | 31/05/2021 | | |
| 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 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 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: | 4.185.658 |
| VALOR EJECUTADO | 4.185.658 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 51145930 | $ 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,

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | 6 | 2.021 | | 30 | 6 | 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 A. Sanabria Velandia CC. 1030606606

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Paola Sanabria

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 Valandia | kr 82a # 51a - 16 sur | 4940701 | peansave@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 08/06/2021 | 51145930 | $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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 06 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 MILLON 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 30 de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5603-2021.

**PAOLA ANDREA SANABRIA VELANDIA**

**CC. 1.030.606.606 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550008200829334**