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:	YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.891.519							
CORREO ELECTRONICO:	yeimyrojas2701@gmail.com				CELULAR:	3014804350							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE11N04												
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22117238621								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5166-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	480	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP	22137	FECHA	31/03/2021			
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	4	2021		30	4	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:	$3.954.627
VALOR EJECUTADO	$3.954.627
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
9418428040	$908.526	$87.100	$111.500	3	$17.000	$215.600

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

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yeimy Marcela Rojas
YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA
NOMBRE y FIRMA DEL 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:	1
		Fecha de aprobación:	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	proteccion especifica-covid TINTAL KE11N04			Sede: TINTAL						
No. DE CONTRATO:	5166-2021	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	4	2021		30	4	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA			C. C.		53.891.519	DE		SOACHA	

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 del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	Se da cumplimiento a lo establecido según los lineamientos en cada unas de las actividades asignadas por el jefe inmediato	Se cumple con actividades asignadas de acuerdo a los lineaminetos establecidos
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion, con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-subred sur occidente caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades segun defina el linemiento en el programa regular y en proyecto vacunacio COVID.	SI	Se asiste a los lugares asignados por el jefe inmediato para la realizacion de la vacunacion covid.	Se cumplen las actividades según los parametros de planeacion y seguimiento
3. Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales,entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Subred sur occidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado, participacion activan las fases de desarrollo del proyecto de vacunacion COVID.	SI	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.Realizar seguimiento a las acciones a desarrollar en el proyecto vacunacion COVID apoyo en asistencia tecnica en la IPS de la Subred	SI	Se realiza seguimiento, observacion , digitacion durante el proceso de vacunacion covid.	Se entrega bases diligenciadas y consentimentos firmados por paciente asignado para la vacunacion covid.
5. Realizar induccion 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.	NO		
6. Realizar la gestion de riesgo	SI	orientar al logro de resultados en salud y al bienestar de la población	Se presta un servicio de calidad humana dando una atencion adecuada a cada usuario.
7. Notificar todos los eventos de interes en salud publica	SI	Se educa a familiares y usuarios sobre sus derechos y deberes	Se cumple a cabalidad con la actividad programada en cada punto según perfil de asistencia.
8. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se educa a familiares y usuarios sobre sus derechos y deberes	Se brinda informacion según lo requerido por cada usuario.
9. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se entrega el reporte de consentimientos debidamente diligenciados por el usuario.	Se brinda asesoria al usuario para diligenciamento del consentimiento informado,verificando datos y firma.
10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se realiza el conteo de concentimientos diligenciado y verificacion de base de datos.	se verifica la informacion suministrada y se hace entrega del informe al final de la jornada de la
11. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Subred sur occidente como de la firma auditora o SDS.	NO		
12.Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI.	SI	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 (Número y letras): **$ 2.197.015 dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos mcte**

Yeimy Marcela Rojas

YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA CC 53891519

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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 04/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA

CC 53891519 DE SOACHA

La suma de $2.197.015 dos millones dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos, por concepto de servicios auxiliar de enfermería durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5166/2021.

Yeimy Marcela Rojas

YEIMY MARCELA ROJAS PEÑALOZA

CC 53891519 DE SAOCHA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 22117238621

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53891519		ROJAS PEÑALOZA YEIMY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 #2 c -28	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	83160504	9418428040	I	2021/04/08	2021/04/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$215,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$696,537	$111,500			$696,537	$87,100			$0	$0			$696,537	$17,000		$0	$0		$215,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$696,537	$111,500			$696,537	$87,100			$0	$0			$696,537	$17,000		$0	$0		$215,600
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					$696,537	$111,500			$696,537	$87,100			$0	$0			$696,537	$17,000		$0	$0		$215,600
1	CC	53891519	ROJAS YEIMY	X															230201	23	$696,537	$111,500	EPS002	23	$696,537	$87,100		0	$0	$0	14-11	23	$696,537	$17,000	0	$0	$0	No	$215,600
Total Afiliados(1)																					$696,537	$111,500			$696,537	$87,100			$0	$0			$696,537	$17,000		$0	$0		$215,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53891519		ROJAS PEÑALOZA YEIMY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 #2 c -28	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	83160504	9418428040	I	2021/04/08	2021/04/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$215,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,500	$0	$0	$111,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$111,500	$0	$0	$111,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,100	$0	$0	$87,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$87,100	$0	$0	$87,100
TOTAL				1	$215,600	$0	$0	$215,600

2021/04/14 01:37 PM