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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1092339992							
CORREO ELECTRONICO:	liz9064@hotmail.com				CELULAR:	3108079010							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS BOSA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO AL CIUDADANO				SEDE:	CAPS BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO36 002	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	624-950211-44								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	254 del 2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4				
NÚMERO DE CDP	609	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	25211	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1,612,620									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$6.450.480
VALOR EJECUTADO	$6.450.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.612.620
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
50474764	**$908.526**	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá, El mes de MAYO año Dos Mil VEINTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (C)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Brenda Zuñiga Morales
BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sindy Marín

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:	PARTICIPACION SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO					**Sede: USS BOSA**					
No. DE CONTRATO:	254-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	5	2.021		31	5	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES		**C. C.**		1.092.339.992		**DE**	VILLA DEL ROSARIO			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR ATUS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	SI	SE INFORMA OPORTUNAMENTE CUALQUIER EVENTUALIDAD	SE REALIZA ADECUADO REPORTE
2) Articular al interior de la institución el soporte necesario para el desarrollo de la caracterización, el seguimiento, y la realización de intervenciones con la comunidad sujeto de atención de la línea o programa.	SI	SE HACE SEGUIMIENTO Y LA REALIZACION CON LA COMUNIDAD A LAS ACCIONES ASIGNADAS POR LA INSTITUCION SE REALIZA 200 ORIENTACIONES	SIDMA 2226. Orientaciones individuales 176/ capacitaciones 2050 / Orientaciones grupales / barreras de acceso.
3) Diligenciar formulas, planillas y papelería en general en forma completa sin enmendaduras ni tachones, siguiendo las recomendaciones del referente.	SI	SE DILIGENCIA CORRECTAMENTE Y SIN ERRORES LA PAPELERIA SIGUIENDO RECOMENDACIONES.	SE DILIGENCIA SEGÚN INSTRUCTIVO Y SE REALIZA ENTREGA
4) Implementar las normas, guías, protocolos, procesos, lineamientos y procedimientos del área, definidos en la Institución, orientados a mejorar la prestación de los servicios	SI	SE REALIZAN 94 ENCUESTAS DE SATISFACCION	80 ENCUESTAS EN ALMERA
5) Realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias.	SI	SE REALIZA UN AUTOCONTROL DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	SEREALIZA CHEQUEO DE ACTIVIDADES DE SERVICIO AL CIUDADANO
6) Dar información clara, veraz y oportuna a los usuarios de acuerdo con la necesidad del usuario.	SI	SE DA INFORMACION CONCRETA Y CLARA A LOS USUARIOS	POR MEDIO DE 3 CHARLAS EN SALAS DE ESPERA DIARIAS A 350 PERSONAS SOCIALIZADAS ORIENTACIONES INDIVIDUALES , FORMATO DE DIRECCIONAMIENTO.
7) Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del Objeto del contrato..	SI	SE REALIZAN TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR PARA EL DESARROLLO DEL OBJETIVO DEL CONTRATO	SE REALIZAN LLAMADAS AL CALL CENTER Y APOYO EN EL SERVICIO.
8) Establecer comunicación asertiva permanente con el auxiliar de ruta para coordinar la recogida de los pacientes.	si	SE DA INFORMACION CONCRETA Y CLARA A LOS USUARIOS	SE REALIZA ADECUADO REPORTE
9)atender de forma personalizada a los usuarios garantizando la oportuna canalizacion y resolucion de sus requerimientos, orientando las acciones según los lineamientos establecidos en el modelo de operación de la ruta	si	SE DA INFORMACION CONCRETA Y CLARA A LOS USUARIOS	SE REALIZA ADECUADO REPORTE

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,612,620 Millon seicientos doce mil seicientos veinte pesos

Brenda Zuñiga Morales CC 1092339992

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES CC.1092339992

Firma de recibido supervisor : YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E)

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

C.C 1092339992 DE VILLA ROSARIO

La suma de 1.612.620, por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, 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 . durante el periodo de 1 DE MAYO al 31 DE MAYO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 254-2021

Brenda Zuñiga Morales
CC 1092339942

Nombre de contratista

BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

C.C.1092339992 DE VILLA ROSARIO

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 624-950211-44

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	1092339992	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES	AV 10E N 7N-21	3176600703	liz9064@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	
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50474764	$299.400	

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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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	1092339992	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES	AV 10E N 7N-21	3176600703	liz9064@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	
2021-04	2021-04	1	10/05/2021	50474764	$299,400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Salario	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
CC	1092339992	ZUÑIGA MORALES BRENDA LISSETTE	59	0			N																	230201	908,526	145,400	0	0	0	0	EPS005	908,526	113,600	14-11	908,526	3	22,200	CCF24	908,526	18,200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. **Quiero Probar**

compensar | miplanilla.com

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES	**Nit:**	1092339992
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2021
Número de radicación:	50474764	**Total a pagar:**	$299,400
Fecha de vencimiento:	24/05/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	10/05/2021	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	983628008
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$22,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$145,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$18,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$113,600
						$299,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

os los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados