175923

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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREN JULIETH CASTRO CARREÑO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010210442							
CORREO ELECTRONICO:	karen20castro@gmail.com				CELULAR:	3504115440							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UPA 11												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CARTERA Y GLOSAS				SEDE:	UPA 11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40R25	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450700088138								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	684			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 de 5					
NÚMERO DE CDP	598	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP	24565	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Financiera 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:	$1.422.440									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo									

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 anota que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.112.200
VALOR EJECUTADO	$5.689.760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.422.440
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
50209342	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Mayo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO
DIRECTORA FINANCIERA
SUPERVISORA DE CONTRATO

KAREN CASTRO CARREÑO
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Direccion Financiera Cartera y Glosas			**Sede: PAPS 11 PUENTE ARANDA**							
No. DE CONTRATO:	684-2021	**Periodo certificado desde el**		**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
				1	5	2.021		31	5	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREN JULIETH CASTRO CARREÑO			**C. C.**	1.010.210.442		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Financiera 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 x NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Recibir,registrar,archivar y custodiar toda la correspondencia del area y seguir la normatividad establecida para la organización del archivo institucional	Programado	100%	Radicar y archivar correctamente los documentos soportes de cartera y entregarlos cuando sean solicitados por el jefe inmediato	planillas de Correspondencia Enviada y recibida
2. Realizar llamadas,enviar solicitudes de cobro de cartera a los diferentes pagadores	Programado	100%	Realizar contacto con las personas de las Areas con el fin de resolver y aclarar dudas	
3. Elaborar los expedientes de las diferentes entidades de acuerdo a los requerimientos realizado por los diferentes ejecutivos, con la evidencia documental que soporte el expediente	Programado	100%	proyectar las comunicaciones internas y externas que surjan en el area	Copia de los documentos proyectados
4. Recibir Radicados mensualmente y archivar en los diferentes expedientes	Programado	100%	Radicar diariamente la correspondencia que se recibe y sale del area	Planillas de correspondencia enviada y recibida
5. Realizar el inventario de los expedientes de la totalidad de las entidades y realizar seguimiento	Programado	100%	Clasificar,relacionar y gestionar los expedientes de las entidades	informes, A-Z y carpetas
6. Apoyar la elaboracion de los expedientes de las entidades a cargo tanto en el archivo como para depuracion	Programado	100%	Apoyar y enviar Gestion de los ejecutivos	copias de los radicados entregados a cada ejecutivo
7. Realizar el informe de actividades mensualmente	Programado	100%	Realizar el informe de actividades mensualmente	Informe de Actividades,cuenta de cobro y planilla cancelada del mes de Abril de 2021

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.422.440 Un millón cuatrocientos veintidós mil cuatrocientos cuarenta pesos m/v

CC 1010210442	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO DIRECTORA FINANCIERA SUPERVISORA DE CONTRATO

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	1010210442	KAREN JULIETH CASTRO CARREÑO	CL 35 SUR # 5 A 14	3817518	KAREN20_CASTRO@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
2021-04	2021-04	I	05/05/2021	50209342	$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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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	860903790-5	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KAREN JULIETH CASTRO CARREÑO

C.C 1.010.210.442 DE BOGOTA D.C

La suma de $1.422.440, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Financiera 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 del 1 al 31 de Mayo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 684

KAREN CASTRO CARREÑO

C.C.1.010.210.442 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 450700088138