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 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	%	
	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			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	3 de 3		
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	NÚMERO DE CRP	11341	FECHA	31/01/2021
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16083	FECHA	18/02/2021
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, 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	4	2021		30	4	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:	$4.837.860
VALOR EJECUTADO	$4.837.860
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
49799519	$808.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

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

YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Carolina Lozano Muñoz
Trabajadora Social
RP. 1204753231

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

VoBo Sindy Haña

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	4	2.021		30	4	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 1613. Orientaciones individuales 115/ capacitaciones 1498 / 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.

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.

Diana Carolina Lozano Muñoz
Trabajadora Social
RP. 170476023-1

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1082339892-	BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES	U ✓ C S D			2021	3	2021	4979951		PUBLICA, PRIVADA ✓, MIXTA	PEQUEÑO, GRANDE, INDEPENDIENTE ✓	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
AV 19E N 7N-21	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3176800703		liz9064@hotmail.com	8692	906.526	1	2021/04/08	949558278

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	22.200		0	0	22.200
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	22.200		0	222	22.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,IMA,RP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	18.200	18.200
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	299.400	299.400

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**	Marzo 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Marzo 2021
Número de radicación:	49799519	**Total a pagar:**	$299,400
Fecha de vencimiento:	23/04/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	08/04/2021	**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:**	949558278
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

https://www.miplanilla.com/

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

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CO-SI096-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet

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 ABRIL al 30 DE ABRIL de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 254-2021

Brenda Zuñiga Morales

Nombre de contratista

BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

C.C.1092339992 DE VILLA ROSARIO

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 624-950211-44