Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. 1495	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVIA ALEJANDRA CANDELA GÓMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1031138268						
CORREO ELECTRONICO:	alejandracandela92@gmail.com				CELULAR:	3229497279						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: CAPS CABAÑAS					**SISTEMA DE INFORMACION**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADMINISTRATIVO				SEDE:	PABLO VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA27 U01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	466900042147								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**505-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**PAGO 4 de 4**		
NÚMERO DE CDP	**627**	**FECHA**	**29/04/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**28215**	**FECHA**	**30/04/2021**		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servivios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area asistencial 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:	TOTAL DE HORAS: 186								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.244.960
VALOR EJECUTADO	$7.244.960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.811.240
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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
50191785	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá el 31 del mes de MAYO del año Dos Mil VEINTI UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY CAMPOS MORENO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR LIDER

SILVIA ALEJANDRA CANDELA GÓMEZ
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 BOGOTA D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PABLO VI					**Sede: SUR**				
No. DE CONTRATO:	505	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVIA ALEJANDRA CANDELA GOMEZ		**C. C.**	1.031.138.268			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procediientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO 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	SI	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. consolidacion de la informacion necesaria para la estructuración y repórte de informacion institucional de produccion	SI	Consolido la informacion necesaria para la estructuración y repórte de informacion institucional de produccion	Informe de producciòn Caps
2. generar los soprtes necesarios para la estructuracion de informes de norma o de acuerdo requerimiento	SI	Genero informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.	Informes
3.realizar los ajustes necesarios que permitan soprtar la vercidad de la informacion a reportar	SI	Realizar los ajustes necesarios que permitan soprtar la vercidad de la informacion a reportar	Informes
4. generar los soprtes necesariospara soportar la informacion requerida para la agenda estrategica	SI	Genero los soprtes necesarios para soportar la informacion requerida para la agenda estrategica	Informes
5.participar activamente en la mesa de gerencia de informacion	SI	particip activamente en la mesa de gerencia de informacion	Actas
6.soportar los resultados obtenidos a la luz del comportamiento historico y contextual de las variables	SI	Genero soportes de los resultados obtenidos a la luz del comportamiento historico y contextual de las variables	Correos e informes
7. establecer alertas para efecto de un control positivo y efectivo de resultados	SI	Establezco alertas para efecto de un control positivo y efectivo de resultados	Informes
8.generar informacion necesaria para retroalimentar a los referentes de areas o servicios, para revision y toma de acciones para mejora continua	SI	Genero informacion necesaria para retroalimentar a los referentes de areas o servicios, para revision y toma de acciones para mejora continua	Correos, actas e informes
9. participar activa y positivamnete en los analisis de informacion de acuerdo a necesidaddes institucional	SI	Participo activa y positivamnete en los analisis de informacion de acuerdo a necesidaddes institucional	Actas
10. mantener actualizada las necesidades de informacion de procesos	SI	Mantengo actualizadas las necesidades de informacion de procesos	soportes de requerimientos
11. verificar las diferentes fuentes de emision de la informacion de los datos y retroalimentar a las areas respectivas	SI	Verifico las diferentes fuentes de emision de la informacion de los datos y retroalimento a las areas respectivas	Actas e informes
12. soportar y mantener actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de acreditacion	SI	Genero el soporte y mantengo actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de acreditacion	Tablero de indicadores Gestiòn Caps
13. apoyar la alimentacion de la informacion de almera	SI	Apoyo la alimentacion de la informacion de almera	Socializaciones, Actas
14. asistir y participar activamnete en reuniones y proceso de fortalecimiento de competencias según programacion en el area, la E.S.E o entes competentes, cuando sea requerido	SI	Asisto y participo activamnete en reuniones y proceso de fortalecimiento de competencias según programacion.	Actas
15. elaborar y presentar oportunamente los informes que en desarrolllo de sus actividaddes especificas seasn solicitadas de acuerdo a la programación	SI	Elaboro y presento oportunamente los informes solicitados de acuerdo a los requerimientos del Lider asistencial	Informes, correos, actas
16. realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato	SI	Realizo las demas actividades que son asignadas acorde con el objetivo del contrato	actas, socializaciones, informes, correos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.811.240 un millon ochocientos once mil docientos cuarenta pesos pesos m/cte

Alejandra Candela

Silvia Alejandra Candela Gómez C.C. 1031138268

Fecha : 31/05/2021 Firma de recibido supervisor: LUZ DARY CAMPOS MORENO

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

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1031138268-	SILVIA ALEJANDRA CANDELA GOMEZ	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	4	2021	501917[illegible]

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	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
CRA 18 C 3 75 F 35 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3229497279		ALEJANDRACANDELA92@GMAIL.C[illegible]	7490	0	1	2021/05/11	986261847

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
EPS008	860066942-7	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
230301	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

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	0
OTRAS	0
TOTAL	3

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 A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281.200	281.200

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALLUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SILVIA ALEJANDRA CANDELA GOMEZ

CC 1031138268 DE BOGOTA D.C

La suma de 1.811.240 por concepto de: honorario mes mayo durante el periodo de 01 al 31 de mayo 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio N° 505

Silvia Alejandra Candela Gómez

Cc 1031138268 de Bogotá D.C

Cuenta de Ahorro Banco: Davivienda

Numero 466900042147