180699

Secretaria 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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY LIZETH GUANA GUANA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026279374							
CORREO ELECTRONICO:	jeimmyguana@gmail.com				CELULAR:	3223995138							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09K27												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco caja social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24039221111								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5987-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	721	FECHA	20/05/2021	NÚMERO DE CRP	29515	FECHA	24/05/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2021		30	6	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$ 4.474.144
VALOR EJECUTADO	$ 4.474.144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.627.684
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
9420791007-9420882571	$907.147,00	113.393,00	145.144,00	3	$22.098,0	**280.635,00**

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEIMMY GUANA

JEIMMY LIZETH GUANA GUANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

21-06

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 DEL DISTRITO D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC- FO09K27					Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	5987-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY LIZETH GUANA GUANA		**C. C.**	1.026.279.374			**DE**	Bogotá	

Prestar Servicios profesionales 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 requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI _ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	1 acercamiento y reconocimiento, 5 sesiones de segunda sesion, 5 sesiones de tercera sesion, 5 sesiones de cuarta sesion. 1 dia administrativo 2 reuniones con coordinaicon local y/o SDS 1 jornada de cuidado a cuidadores 1 jornada de fortalecimiento capacidades tecnicas	Fichas PAP 010, consetimiento informado en medio digital, evidencias modalidad individual, matriz de seguimiento psicosocial PAPSIVI definida por la SDS/matriz de indicadores por ciclo por orientación temática y/o aplicativo web MSPS.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	1 acercamiento y reconocimiento, 5 sesiones de segunda sesion, 5 sesiones de tercera sesion, 5 sesiones de cuarta sesion. 1 dia administrativo 2 reuniones con coordinaicon local y/o SDS 1 jornada de cuidado a cuidadores 1 jornada de fortalecimiento capacidades tecnicas	Fichas PAP 010, consetimiento informado en medio digital, evidencias modalidad individual, matriz de seguimiento psicosocial PAPSIVI definida por la SDS/matriz de indicadores por ciclo por orientación temática y/o aplicativo web MSPS.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Realizar Induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	1 acercamiento y reconocimiento, 5 sesiones de segunda sesion, 5 sesiones de tercera sesion, 5 sesiones de cuarta sesion. 1 dia administrativo 2 reuniones con coordinaicon local y/o SDS 1 jornada de cuidado a cuidadores 1 jornada de fortalecimiento capacidades tecnicas	Fichas PAP 010, consetimiento informado en medio digital, evidencias modalidad individual, matriz de seguimiento psicosocial PAPSIVI definida por la SDS/matriz de indicadores por ciclo por orientación temática y/o aplicativo web MSPS.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	1 acercamiento y reconocimiento, 5 sesiones de segunda sesion, 5 sesiones de tercera sesion, 5 sesiones de cuarta sesion. 1 dia administrativo 2 reuniones con coordinaicon local y/o SDS 1 jornada de cuidado a cuidadores 1 jornada de fortalecimiento capacidades tecnicas	Fichas PAP 010, PAP 020 en medio digital, evidencias modalidad individual, matriz de seguimiento psicosocial PAPSIVI definida por la SDS/matriz de indicadores por ciclo por orientación temática y/o aplicativo web MSPS.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisiones de formatos con coordinación	Acta de revisión
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa asumir al 100% de la la glosa generada.	Actas de revision, Pap 030, relacrias, ajustadas y revisadas.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.627.684 tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos ochenta y cuatro

JEIMMY LIZETH GUANA GUANA CC 1026279379 Fecha y Firma Firma de Supervisor

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JEIMMY LIZETH GUANA GUANA

CC: **1026279374**

La suma de $ 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO M/CTE), por concepto de servicios Prestar servicios como en Trabajadora social-profesional universitario 2, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5987-2021.

JEIMMY GUANA

JEIMMY LIZETH GUANA GUANA

CC 1026279374

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24039221111

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026279374		GUANA GUANA JEIMMY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 73 107c06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8047972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	28817770	9420791007	I	2021/06/18	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$65,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
1	CC 1026279374	GUANA JEIMMY	25-14	7	$211,990	$34,000	EPSC34	7	$211,990	$26,500		0	$0	$0	14-23	7	$211,990	$5,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0

2021/06/08 09:53 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026279374		GUANA GUANA JEIMMY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 73 107c06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8047972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	28817770	9420791007	I	2021/06/18	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$65,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,000	$0	$0	$34,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$34,000	$0	$0	$34,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,200	$0	$0	$5,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,200	$0	$0	$5,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,500	$0	$0	$26,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$26,500	$0	$0	$26,500
TOTAL				1	$65,700	$0	$0	$65,700

2021/06/08 09:53 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026279374		GUANA GUANA JEIMMY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 73 107c06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8047972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	30054126	9420882571	N	2021/06/18	2021/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$215,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$696,536	$111,400			$696,536	$87,100			$0	$0			$696,536	$17,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$696,536	$111,400			$696,536	$87,100			$0	$0			$696,536	$17,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$696,536	$111,400			$696,536	$87,100			$0	$0			$696,536	$17,000		$0	$0
1	CC	1026279374	GUANA JEIMMY	25-14	7	($211,990)	($34,000)	EPSC34	7	($211,990)	($26,500)		0	$0	$0	14-23	7	($211,990)	($5,200)	0	$0	$0
2	CC	1026279374	GUANA JEIMMY	25-14	30	$908,526	$145,400	EPSC34	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$696,536	$111,400			$696,536	$87,100			$0	$0			$696,536	$17,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026279374		GUANA GUANA JEIMMY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 73 107c06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8047972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	30054126	9420882571	N	2021/06/18	2021/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$215,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,400	$0	$0	$111,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$111,400	$0	$0	$111,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,000	$0	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,100	$0	$0	$87,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$87,100	$0	$0	$87,100
TOTAL				1	$215,500	$0	$0	$215,500

2021/06/10 09:39 AM