179750

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA RUBIELA VARON SANCHEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		**NO.**	42159559							
CORREO ELECTRONICO:	Maruvas23@gmail.com				**CELULAR:**	3219773071							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09K27												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				**SEDE:**	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de cost	%	Centro de cost	%	Centro de cost	%	Centro de cost	%	Centro de cost	%	
	FO09K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7770264948								**PENSIONADO**	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5988-2021			**N° DE PAGOS DEL CONTRATO**		**PAGO 2 DE 2**		
NÚMERO DE CDP	724	**FECHA**	20/05/2021	**NÚMERO DE CRP**	29516	**FECHA**	24/05/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial al PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de al SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional							

PERIODO CERTIFICADO: JUNIO	**DESDE**	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**HASTA**	**DIA**	**MES**	**AÑO**	
		1	06	2021		30	06	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	4743767								
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:	$ 5850646
VALOR EJECUTADO	$ 5850646
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 4743767
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 minimo 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
50845094	907147	113393	145144	3	22098	280635

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:

María Rubiela Varón

MARIA RUBIELA VARON SANCHEZ
NOMBRE Y FIRMA 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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC FO09 - KZ7		Sede: FONTIBON				Día	Mes	Año		
No. DE CONTRATO:	5988-2021	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	2.021		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA RUBIELA VARON SANCHEZ		**C. C.**	42.159.559	**DE**	PEREIRA					

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 al 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	Realizar lectura, análisis y comentarios del documento de Estrategia Diferencial de Realizar lectura, y para Mujeres VCA. análisis y comentarios del documento de Estrategia Diferencial de Paz y Reconciliación. Realizar lectura, análisis y comentarios del documento de Estado del arte de la Estrategia de Reinserción y Reincorporación.	* Actas de reuniones remoto y/o presencial . *Documentos de concepto y comentados con observaciones.
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	Orientar técnicamente la realización de socialización del pilotaje de Estrategia Diferencial de y para Mujeres VCA. Orientar técnicamente la realización de la socialización del pilotaje de Estrategia Diferencial de Paz y Reconciliación. Orinetar técnicamente la realización del documento de Estado del arte de la Estrategia de Reinserción y Reincorporación.	* Acta de reunión remoto y/o presencial . *Documentos de informe de pilotaje.
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred	NO	No se programó una actividad relacionada con esta obligación durante el periodo que va del 01/06/21 al 30/06/21	No aplica para este mes
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por	NO	No se programó una actividad relacionada con esta obligación durante el periodo que va del 01/06/21 al 01/06/21	No aplica para este mes
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realizó asistencia al entrenamiento en puesto de trabajo en el que impartieron indicaciones a tener en cuenta en el manejo de documentos (actas) que son insumo en el desarrollo de los procesos de auditoría.	* Acta de reunión remoto y/o presencial .
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	* Revisión de los documentos soporte de productos de las estrategias diferenciales de mujeres, paz y reconciliación y reinserción y reincorporación.	* Documentos soporte de productos de las estrategias diferenciales de mujeres, paz y reconciliación y reinserción y reincorporación.
Implementar procesos de atención psicosocial y en salud física y/o mental con niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado que residen en Bogotá, contribuyendo a la mitigación de las afectaciones generadas por las violaciones a los derechos humanos	SI	Realizar lectura y análisis del documento de Estrategia Diferencial de y para Mujeres VCA y caja de herramientas. Realizar lectura y análisis del documento de Estrategia Diferencial de Paz y Reconciliación. Realizar lectura y análisis del documento de Estado del arte de la Estrategia de Reinserción y Reincorporación.	* Acta de reunión remoto y/o presencial . *Documentos comentados con observaciones y enviados.

OBSERVACIONES:

PAGO TOTAL DE: $ 4.743.767 (cuatro millones setecientos cuarenta y tres mil setencientos sesenta y siete pesos m/cte).

Rubiela Varon

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: MARÍA RUBIELA VARÓN SÁNCHEZ CC 42.159.559

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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
CC	42159559	Maria Rubiela Varon Sanchez		Calle 25C 34 10	3219773071	maruvas23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	26/05/2021	50845094	$920.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	396.600	0		0		0	0	0	0	396.600	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	507.600	0	0	0	0	0	0		507.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.600				16.600	0	0	16.600			166	16.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	396.600	396.600
Pensión	1	507.600	507.600
Riesgos Laborales	1	16.600	16.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	920.800	920.800

COPIA

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	42159559	Maria Rubiela Varon Sanchez	Calle 25C 34 10	3219773071	maruvas23@gmail.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	
2021-05	2021-05	I	26/05/2021	50845094	$920.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Trabajo	Extranjero	Cónyu. asistid.	Extranjería	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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
1	CC	42159559	VARON SANCHEZ MARIA RUBIELA	59	0				N																230201	3.172.127	507.600	0	0	0	0	EPS008	3.172.127	396.600	14-23	3.172.127	1	16.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	42159559	Maria Rubiela Varon Sanchez	Calle 25C 34 10	3219773071	maruvas23@gmail.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
50845094	26/05/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	N		51246095	$60.700	

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					

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

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.700				60.700	0	0	60.700			607	60.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	60.700	60.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	60.700	60.700

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	42159559	Maria Rubiela Varon Sanchez		Calle 25C 34 10	3219773071	maruvas23@gmail.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
50845094	26/05/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	N		51246095	$60.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suspendido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONMUTACIÓN	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	42159559	VARON SANCHEZ MARIA RUBIELA	59	0			N																	230201	3.172.127	507.600	0	0	0	0	EPS008	3.172.127	396.600	14-23	3.172.127	3	77.300		0	0	0	0	0	0	0	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°6/2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048

DEBE A:

MARÍA RUBIELA VARÓN SÁNCHEZ
C.C 42.159.559 DE PEREIRA

La suma de $ 4.743.767 (cuatro millones setecientos cuarenta y tres mil setencientos sesenta y siete pesos m/cte), por concepto de: prestar servicios como profesional especializado, durante el periodo del 01 al 30 de junio, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5988-2021

Rubiela Varón

MARÍA RUBIELA VARÓN SÁNCHEZ
42.159.559 DE PEREIRA
CUENTA DE AHORROS – BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 7770264948