DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ

C.C 52978570 DE BOGOTA DC

La suma de $3.581.100, por concepto de: prestacion de servicios como **profesional II** en el subproceso de Gestión Ambiental desempeñando labores en la uss occidente de Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de Octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3635



CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ

C.C.52.978.570 DE Bogota

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4870326115

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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	claudia Helena Poveda Gonzalez											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52978570						
CORREO ELECTRONICO:	helenpoveda@gmail.com				CELULAR:	3108649839						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	sede administrativa				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37R11	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870326115								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3635			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 de 8	
NÚMERO DE CDP	28 572 1051 1244	FECHA	01-28-2020 04/20/2020 07/22/2020 08/27/2020	NÚMERO DE CRP	15704 24216 31524 36783	FECHA	01-31-2020 04/30/2020 07/31/2020 08/30/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL II						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	9	2020		30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,581,100							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$28,648,800
VALOR EJECUTADO	$28,648,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,581,100
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 $2.194.508, 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
7762744391	$1,432,440.00	$179,055	$229,190	3	$34,894	**$443,140**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Septiembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Pablo Enrique Herrera Orozco
lider ambiental subred
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA HELENA POVEDA G
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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	4/3/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Gestión Ambiental									
No. DE CONTRATO:	3635	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Sede: uss kennedy**
			1	10	2,020		31	10	2,020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Claudia Helena Poveda Gonzalez		**C. C.**	52,978,570		**DE**	Bogota			

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 Profesional II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Implementar acciones tendientes al cumplimiento de la normatividad ambiental vigente.	SI	se realizo seguimiento a los servicos de la unidad occidente de kennedy, boston, tintal y fontibon	Listados de verificacion covid -19
2. Participar activamente en el Comité de Coordinación del Plan Institucional de Gestion Ambiental (PIGA)	SI	participacion en el comité ambiental del mes presente	acta de asistencia
3. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión	NO	N/A	N/A
4. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema unico de habilitacion	si	auditoria capital salud unidad renal	acta de asistencia
5. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema unico de acreditacion	si	avanzada fontibon visita acreditacion, envio de informacion acerca d eom ruta sanitaria boston	correos
6. Proyectar informes y requerimientos que sean solicitados por los entes fiscalizadores (SDA, Contraloría, Secretaria Distrital de Salud, entre otros)	SI	consolidacion y envio informacion auditoria piga	correo
7. Realizar inspección y seguimiento mediante la presentación de indicadores e informes trimestrales de todos los programas incluidos en el PIGA	SI	Actualizacion indicador generacion de residuos,safari ambiental digital	matriz rankig, envio safaris digital
8. Realizar seguimiento y control a los planes de mejoramiento que se generen producto de las auditorias externas e internas.	SI	envio soportes de actas y rh1, indicador agua	correo
9. Actualizar, revisar y socializar los manuales- guías-procedimientos que conduzcan y tengan que ver con el proceso de gestion ambiental en todos sus campos.	SI	apoyo diseño protocolo para terapia de reemplazo renal continuo sede fontibon	correo
10. Formulación, Actualizacion, Implementacion, Seguimiento y Evaluación del Plan institucional de Gestión Ambiental (inspecciones en sedes)	SI	actualizacion indicadores de consumo meses julio, agosto, septiembre unidades de kennedy, fontibon	correos
11. Formulación, Actualizacion, Implementacion, Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	SI	revision de rh1 mes de septiembre , envio de generacion semanal de reporte covid -19 para ministerio, seguimiento a ticket e instalacion a canecas reparadas en la uss occidente de kennedy, fontibon	rh1, correos, actas
12. Realizar auditoria a los Gestores externos de residuos Hospitalarios contratados por la Entidad.	NO	N/A	N/A
13.Realizar seguimiento a los procedimientos y procesos de Limpieza y Desinfección Hospitalaria articulados con los manuales de Bioseguridad de la institución, ejecutados por el área de Servicios Generales.	NO	N/A	N/A
14. Realizar supervisión a la ejecución del cronograma de la actividad de fumigación	NO	N/A	N/A
15. Realizar supervisión a la ejecución del cronograma de la actividad de lavado de tanques de almacenamiento de agua potable.	NO	N/A	N/A
16. Realizar capacitación a los colaboradores en todos los temas que se enmarcan dentro del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	SI	realizacion capacitacion virtual Maxilo Facial	listas de asistencia

17. Realizar acompañamiento en las auditorias de los entes de control dando respuesta a lo relacionado con el componente de gestión ambiental.	si	auditoria capital salud unidad renal	acta de asistencia
18. Gestionar las acciones pertinentes en la Direccion Administrativa que aporten al mejoramiento de la gestión ambiental institucional.	NO	N/A	N/A
19. Asistir a capacitaciones y actividades programadas por los entes de control.	NO	N/A	N/A
20. Apotar al cumplimiento del Plan Operativo de la Subgerencia Corporativa	si	envio de indicador agua, soportes de listas de chwqueo uss kennedy	correo
21.Demás actividades relacionadas con el objeto del contrato.	SI	* realizacion lista de chequero majeo resisuo covid uss occidente de kennedy, tintal , boston, fontibon *entrega de formatos rh1 y rotulos de residuos quimicos a servicos generales uss occidente de kennedy, fontibon * seguimiento a entrega canecas uss occidente de kennedy * seguimiento adecuacion utac uss occidente de kennedy * solicitud de recoleccion de escombros usskennedy * gestion de tickets uss occidente de kennedy y fontibon l * analisi y consolidacion informcion documento auditoria piga * entrega de soporte de guardianes para instacion	actas, correos, certificaciones

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,581.100 (tres millones quinientos ochenta y un mil cien pesos)

CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ 52978570

CONTRATISTA:_____

firma del recibido del supervisor

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52978570
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 72D 1-14	TELÉFONO:	4033521
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de saneamiento
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7766746313**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		765564499

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 229.200
SUBTOTAL:			1	**$ 229.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 179.100
SUBTOTAL:			1	**$ 179.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 8.600
SUBTOTAL:			1	**$ 8.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 34.900
SUBTOTAL:			1	**$ 34.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 451.800**