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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY YESSENIA ROA MORALES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1.012.390.243							
CORREO ELECTRONICO:	MYROISFEO@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3115292337							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	PABLO VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:								
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590432642								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1536-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10				
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/2018	NÚMERO DE CRP	44651	FECHA	31/10/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios y de apoyo a lagestion de Digitador dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE. De acuerdo a las necesidades de la institucion**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	11	2018		30	11	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.517.800
VALOR EJECUTADO	$12.517.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
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 **$1.953.105**, 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
30846982	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil DIESIECHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SANDRA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEIDY YESSENIA ROA MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DI

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA			**Sede: PABLO VI**					
No. DE CONTRATO:	**1536 - 2018**	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	11	2018		30	11	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY YESSENIA ROA MORALES		**C. C.**	1.012.390.243			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios y de apoyo a la gestión de Digitador dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE. De acuerdo a las necesidades de la institución .

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades.	SI	1. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades.	Como se contempla en la intranet y mapa de riesgos de la institución y en los aplicativos hims e hipocrates
2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos.	SI	2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos.	hacer retroalimentación del plan de beneficios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos. Contapladas en el intranet
3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital.	SI	3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital.	haciendo una buena orientación el cliente externo e interno para acceder a los servicios ofertados por el hospital
4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentación individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) asi como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad.	N/A		
5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directrices institucionales, legales y/o contractuales.	SI	5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directrices institucionales, legales y/o contractuales.	asistir de forma adecuada y cumpliendo el horario de la capacitación asignada, firmando la asistencia y retroalimantar al equipo de trabajo
6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades.	SI	6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades.	cuidar los equipos de oficina y centros de computo, teniendo en cuenta la buena manipulación de los mismos y reportar cualquier al área en cargada
7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad.	SI	7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad.	realizar la auto evaluación de las actividades asiganas e implementar acciones de mejora para realizar acabalidad los actividades. e informar al líder los posibles
8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.	SI	8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.	realizar las actividades asignadas con calidad y cumpliendo las metas en el tiempo estipulado
9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido. 10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.	SI	9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido. 10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.	lista de asistencia a la actividad y buena disposición
10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital.	SI	10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital.	con tributos y aplicar el código de buen gobierno y código de é
11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	En el intranet y acta de compromisos
12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex	SI	12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex	realizar los conteos ciclicos registrarlos y compararlos con hipocrates
13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos	SI	13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos	realiza digitacion en el sistema hosvital- his

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): MILLON DOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIANTOS OCHENTA MIL PESOS ($1.251.780)

Leidy Yessenia Roa Morales 1012390243

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LEIDY YESSENIA ROA MORALES CC 1.012.390.243 DE BOGOTA

Fecha 30/11/2018 Firma de recibido supervisor Sandra

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012390243	LEIDY YESSENIA ROA MORALES		DG 35 17 39	3977700	MYROISFEO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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	
			2018/10/31	381747514	EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I		30846982	$241.800	

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	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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	97.700	97.700
Pension	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

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	1012390243	LEIDY YESSENIA ROA MORALES		DG 35 17 39	3977700	MYROISFEO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I		30846982	$241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	1012390243	ROA MORALES LEIDI YESSENIA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS005	781.242	97.700	14 28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

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