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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENICA MARIA HERRERA PALACIOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030575404							
CORREO ELECTRONICO:	jenica-h@hotmail.com				CELULAR:	3214599384							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	sede kennedy												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Rehabilitación				SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M07 - KE10	100,00%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570122697								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2017 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de 12			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2018		31	12	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.182.196									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: se anexa pago de seguridad social del mes noviembre, el cual se pagó sobre el 40% de $2,807,820, correspondiente a 180 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$33.366.261
VALOR EJECUTADO	$31.884.356
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.182.196
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.481.905
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
31312591	$1.272.878,40	$159.110	$203.661	3	$31.007	**$393.778**

Dado en Bogotá a los ( ) días de mes diciembre del año dos mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Rosa E. Pulido

ROSA ELVIRA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenica Maria Herrera Palacios

JENICA MARIA HERRERA PALACIOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	rehabilitación					**Sede: Kennedy - Tintal**				
No. DE CONTRATO:	2017 de 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	18		31	12	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENICA MARIA HERRERA PALACIOS		**C. C.**		1.030.575.404		**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 Terapeuta Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E S E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la tensión, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas Gerenciales, acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que allá lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas, dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contra actuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presentes en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión medica. 17. Desarrollar las demas actividades relacionadas con el objeto contra actual. PARAGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S.	**100**	• Participando activamente en la atención de pacientes para los cuales se: evalúa y ejecuta el plan de tratamiento de los pacientes con y sin soporte ventilatorio. • Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados. • Interpretación de radiografía de tórax. • Escoge según previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar. • Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y paraclínicos. • Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con: terapia respiratoria, micronebulizaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulacion y demás actividades propias relacionadas con la profesión. • Participación activamente en el traslado de pacientes críticos a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen. • Llena a cabalidad los formatos de historia clínica de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda intervención con firma y sello. • Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales. • Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos de la institución. • Anexar la constancia de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones y el pago de riesgos profesionales con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	• Registros de historia clínicas. • Interconsultas. • Censos de actividades. • Cobros de terapia (facturación). • Entrega y recibo de turno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.182.196 = tres millones ciento ochenta y dos mil ciento noventa y seis pesos m/cte

Jenica Maria Herrera Palacios

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENICA MARIA HERRERA PALACIOS CC: 1030575404

Rosa E. Pulido

Fecha: Diciembre de 2018. Firma de recibido supervisor: ROSA PULIDO

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

Scanned with CamScanner

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	1030575404	Jenica Maria Herrera Palacios	CRA 78 K # 40 - 03 Sur Bloque 11 Apartamento	3214599384	jemherrerapa@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	CANTIDAD UPC
			2018/12/05	392026578	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	I	05/12/2018	31312591	$371.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	149.800	0		0		0	1	200	0	150.000	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	191.700	0	0	0	0	1	200	0	191.900	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	29.200				29.200	1	100	29.300			292	29.300	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	149.800	150.000
Pensión	1	191.700	191.900
Riesgos Laborales	1	29.200	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	370.700	371.200

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

Scanned with CamScanner

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	1030575404	Jenica Maria Herrera Palacios		CRA 78 K # 40 - 03 Sur Bloque 11 Apartamento [illegible]	3214599384	jemherrerapa@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	
2018-11	2018-11	I	05/12/2018	31312591	$371.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Pensión	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IHG	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
CC	1030575404	HERRERA PALACIOS JENICA MARIA	59	0			N																	230201	1.198.000	191.700	0	0	0	0	EPS017	1.198.000	149.800	14-28	1.198.000	3	29.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Scanned with CamScanner

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

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1030575404	HERRERA	PALACIOS	JENICA	MARIA	2018-06	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1030575404	HERRERA	PALACIOS	JENICA	MARIA	2018-10	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1030575404	HERRERA	PALACIOS	JHENICA	MARIA	2017-08	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2018	26	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S..	09/2017	30	COTIZANTE

Scanned with CamScanner