

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión
1
Código de
aprobación
Código:

1
09/11/2016
15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.			1030573681				
CORREO ELECTRONICO:				johannaarias044@gmail.com			CELULAR:			3143716390				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				FO09										
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	%	
		K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:			AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				624-422344-30			PENSIONADO			NO				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1041-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1				
NÚMERO DE CDP		154	FECHA	17/01/2019	CRP			12746	FECHA	31/01/2019				
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de 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.										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
					1	2	2019		28	2	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:							\$3 070.655							
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:								\$3 070.655						
VALOR EJECUTADO								\$3 070.655						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$0						
VALOR A LIBERAR								\$0						
SALDO POR EJECUTAR								100%						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN														
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:														
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,070,290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.														
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES								
32694905	\$1 228.000	\$153.500	\$196.500	3	\$30.000	\$380.000								
<p>Dado en Bogotá en el mes de Febrero del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p>ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</p> <p>LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>														

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



Ubicación del Servicio:		PIC- FO09		Sede: FONTIBON	
No. DE CONTRATO:		1041/2019	Periodo certificado desde el	Día Mes Año	Día Mes Año
				1 2 2019	28 2 2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área del 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	PROGRAMA	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del espacio.	SI	3 reuniones locales 1 fortalecimiento técnico 2 días administrativos 2 días de autocuidado 3 diálogos de saberes en salud 1 Jornada de elaboración de ficha metodológica de jornada de sensibilización 2 Jornadas de sensibilización en PVG 1 planeación de sesión con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 2 Sesiones con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 1 Evaluación con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 1 Reunión entrega de meta PAI 50 Vacunas trazadoras de 6 y 12 meses por bina		Actas de asistencia Informe final Formatos PAP 012 enfermería, con calidad y veracidad	
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	3 reuniones locales 1 fortalecimiento técnico 2 días administrativos 2 días de autocuidado 3 diálogos de saberes en salud 1 Jornada de elaboración de ficha metodológica de jornada de sensibilización 2 Jornadas de sensibilización en PVG 1 planeación de sesión con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 2 Sesiones con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 1 Evaluación con sujetos de reparación colectiva ANMUCIC 1 Reunión entrega de meta PAI 50 Vacunas trazadoras de 6 y 12 meses por bina		Actas de asistencia Informe final Formatos PAP 012 enfermería, con calidad y veracidad	
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras) Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza seguimiento a derivaciones y gestiones para la mitigación de barreras de acceso en salud en las diferentes instituciones		Actas de gestiones.	
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	atenciones en salud física a la comunidad víctima del conflicto armado que presente prioridades en salud para mitigación de barreras de acceso en salud		PAP 012 enfermería, PAP 040 y activación de rutas en salud, actas de asistencia	
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SI	Activaciones de ruta, derivaciones según la necesidad de la población víctima atendida durante las sesiones de salud física		Formatos de derivación PAP 040, Formato de activación de rutas, actas de gestiones.	
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se brinda educación en derechos y deberes en salud durante las sesiones ejecutadas por profesional de salud física, en las modalidades: individual, familiar y comunitarias.		Formatos de atención psicosocial PAP 012 enfermería, actas de gestión y focalización.	
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Empoderar a los y las participantes de los deberes que tienen frente al sistema de salud durante las atenciones de salud física, así como su corresponsabilidad con el mismo		Formatos de atención psicosocial PAP 012 enfermería	
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes de Diciembre.		Entrega de soportes completos con calidad, PAP 012 Enfermería, actas de focalización.	
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Ajustes de los formatos de acuerdo a las recomendaciones de la coordinadora del equipo y verificación de matriz de Atención Psicosocial.		Entrega de soportes completos con calidad, PAP 012 Enfermería	
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Informe mensual por profesionales de enfermería		Entrega de un informe cualitativo y cuantitativo, gestiones de articulación con enlaces PAPSIVI locales Listados de asistencia	
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Fortalecimiento a capacidades			
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 se asumirá el 100% de la glosa generada		Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de cómputo, utilización adecuada de insumos asignados.		cuidado de los equipos de cómputo, utilización adecuada de insumos	
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ S.C. 1.030.573.681					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		Fecha: Firma de recibido supervisor			
[Firma]		[Firma]			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD AFILIADOS	UPC	
CC	1030573631	LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ	CL 34-58 CUINTAS DE LA LAGUNA	9018916	AN.YY-3024@HOTMAIL.COM										1	0	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO												
UNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.												
										PERIODO SALUD	2019-01	2019-01	1	11/02/2019	37694705	TOTAL A PAGAR	\$404.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD										TOTALES PENSION				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Aporte Voluntario Aportante	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	153.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	153.500	1

TOTALES PENSION										TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Solidaridad	Valor FSP - Substitución	Valor FSP - Cotización	Valor FSP - Cotización	Valor FSP - Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (RPG + Proteccion)	800229739-0	198.500	0	0	30.000	0	0	0	0	0	0	198.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES										TOTALES CAJAS				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Solidaridad	Valor FSP - Substitución	Valor FSP - Cotización	Valor FSP - Cotización	Valor FSP - Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	30.000	0	0	30.000	0	0	0	0	0	0	30.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	24.600	0	0	24.600	1		

TOTALES PARAFISCALES					Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar						
SENA									
0	0	0	0	0	Salud	1	153.500	153.500	1
ICBF									
					Pensión	1	196.500	196.500	1
					Respos Laborales	1	30.000	30.000	1
ESAP									
0	0	0	0	0	CCF	1	24.600	24.600	1
MEN									
					ESAP	0	0	0	0
					ICBF	0	0	0	0
SENA									
					MEN	0	0	0	0
					SENA	0	0	0	0
TOTALES					TOTALES	4	404.600	404.600	4

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$404.600

DATOS DEL APORTANTE				EXONERADO PAGO PARA EMPLERADOS Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030572681	LADY JOHANNA ARIAS RODRIGUEZ	CL 34-59 QUINTAS DE LA LAGUNA	9018916	ANNY-3324@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DETALLE POR COTIZANTE

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAMÉTRICOS				
No.	Tipo		No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Profesión	Oficio	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción				
1	CC	1030572681		A-GAL RODRIGUEZ, LADY JOHANNA	59	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				