6038-7063

168

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52883693							
CORREO ELECTRONICO:	jennycbcb81@hotmail.com				CELULAR:	3125416299							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON - FO08												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA SANITARIA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K09	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO Bancolombia				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	714-54703825								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0572-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8244	FECHA	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR APOYO COMO REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN VIRTUD DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 077 DE 2017 SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.400.000							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.800.000
VALOR EJECUTADO	$4.400.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.400.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.400.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
316136932 316383661	$1.760.000,00	$220.000	$281.600	3	$42.874	**$570.774**

Dado en Bogotá al mes de FEBRERO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ISLENA TORRES ACOSTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Eibett feb 23/18

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
CC. N° 52883693 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0572-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

TOTAL: $ 4.400.000

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ 714-54703825
DEL BANCO: Bancolombia

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
0	0%	$ -
K09	100%	$ 4.400.000
TOTAL	**100%**	**$ 4.400.000**

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000)		X

CORDIALMENTE,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
CC. N° 52883693 Bogota jennycbcb81@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3125416299
,

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:	PIC VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL					**Sede:** ZONA FRANCA					
No. DE CONTRATO:	0572-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	2	2.018		28	2	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA		**C. C.**	52.883.693			**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 Referente Vigilancia Sanitaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la coordinación tecnica en cada una de las lineas de intervencion, de la vigilancia de la salud ambiental en las subredes integradas de servicios de salud, en el marco del os lineamientos definidos para le plan de salud publica de intervenciones colectivas - pspic.	SI	Se realizó la coordinación del equipo de Vigilancia de Salud Ambiental	Actas y productos
Asistencia y participacion en las reuniones definidas por la secretaria distrital de salud - sds y socializacion al equipo operativo de la subred los temas tratados y acuerdos.	SI	Se asistió a las reuniones convocadas	Actas de reunión
Implementar la metodologia de preadutoria establecida por el referente de vigilancia sanitaria para el seguimiento de actividades en campo y revisión de soportes.	SI	Se realiza seguimiento a la implementacion del documento de preauditoria.	Actas de reunión
Presentar los soportes de las actividades ejectuadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato pspic en los precesos de asistencia tecnica, seguimiento y control programados por la sds.	SI	Se realiza presentación según requerimeintos.	Soportes y actas
Realizar revisión y validación de la información consignada de manera mensual en los diferentes sistemas de información (sivigila d.d y sus modulos, aplicativo sisa, aplicativos y bases de datos de la linea de air, ruido y radiacion electromagnetica, siarr y cambio climatico.	SI	Se realiza revisión de los diferentes aplicativos	Actas de reunión
Implementar el plan de induccion y reinduccion tecnica por linea de intervencion para el equipo operativo que desarrolla las acciones de vigilancia sanitaria en la subred.	SI	Se realiza según necesidad del equipo	Actas de reunión
Elaboración y remision de la información solicitada por sds o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna.	SI	Se realizaron los informes y documentos requeridos según lineamientos y solicitudes.	Actas de reunión
Apoyar la coordinacion tecnica y operativa del equipo designado para la atención de incidentes o eventos de interes en salud publica con la unidad comando en salud publica - ucsp cuando se requiera.	SI	Se realiza según necesidad	
Apoyar el diligenciamiento mensual del informe de gestion del componente de vigilancia sanitaria y ambiental anexo factura.	SI	Se realizaron los informes y documentos requeridos según lineamientos y solicitudes.	Actas de reunión
Generar y participar en los procesos de articulacion de vigilancia sanitaria con vigilancia en salud publica, procesos transversales, espacios de vida cotidiana y gobernanza, según los productos y actividades de los lineamientos del pspic.	SI	Se realiza según necesidad	Actas de reunión - soportes
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	SI	Se realiza según necesidad	Actas de reunión - documentos en magnetico
Formular y ejecutar y hacer seguimiento a las acciones asignadas por la institucion.	SI	Se realiza según necesidad	Actas de seguimiento
Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicio de la ese.	SI	Se realiza según necesidad	
Realizar el cumplimiento de mestas programadas por la institucion,.	SI	Se realiza seguimiento a metas	Actas de reunion
Articular al interior de las institucion el soporte necesario para el desarrollo de la caracterizacion, el seguimiento y la realizacion de intervenciones con la comunidad sujeto de atencion de la linea.	SI	Se realiza según necesidad	
Elaborar informes parciales y finales sobre lo desarrollado en la linea, en la periocidad establecida y presentarlos al referente del componente o entes competentes.	SI	Se realiza de acuerdo a lo estipulado en el lineamiento	Documentos magneticos e impresos según sea el caso
Asistir a las auditorias sobre la gestion realizada en la linea y presentar de manera organizada los soportes solcitados.	SI	Se asistió a las reuniones convocadas	Actas de reunion

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:	PIC VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL					**Sede:** ZONA FRANCA				
No. DE CONTRATO:	0572-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	2	2.018		28	2	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA		**C. C.**		52.883.693		**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 Referente Vigilancia Sanitaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Presentar las preauditorias en los tiempos establecidos por el coordinador de vigilancia en salud ambiental.	SI	Se asistió a las reuniones convocadas	Actas de reunion
Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interes del area de salud publica o demas actividades del hospital, cuando sea requerido.	SI	Se realiza según necesidad	
Elaborar y presentar cronograma de actividades el 25 de cada mes e informes de gestion y/o desarrollo del proceso en los tiempos definidos y hacer cumplimiento de los mismos.	SI	Se realiza cronograma acuerdo a lo estipulado en el lineamiento	Documentos magneticos
Responder a la realizacion de operativos ivc cuando se le requiera	SI	Se realiza según necesidad	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4'400,000 Cuatro millones Cuatrocientos mil pesos m/cte.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

PAG 1 DE 2

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52883693-	JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2	2018	2	2018	25726573	PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 145 No 46 -13 INTERIOR 1 APARTAM.	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	8012393	8012393	jennycb81@hotmail.com	7110	1.660.000	1	2018/02/20	316136932

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	210.000	0		0		0	210.000	0	0	0	210.000	0		0	0	210.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ. OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	268.800	0	0	0	0	0	0	268.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	33.600	0	0	33.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	41.000		0	0	41.000
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC. SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	41.000	0	0	410	41.000

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE CELM,ESP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	268.800	268.800
SALUD	210.000	210.000
RIESGOS LABORALES	41.000	41.000
CCF	33.600	33.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	553.400	553.400

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	SNO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VRP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	TARIFA ESPECIAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52883693	BERMUDEZ GARCIA JENNY CONSTANZA	EPS005	230301	CCF24																			1.660.000	1.660.000	1.660.000	1.660.000	0			268.600	0	0	210.000	0

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	52883693	JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA	CALLE 145 No 46 -13 INTERIOR 1 APARTAMENTO 402	8012393	jennycb81@hotmail.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								
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	N	2018/02/21	25756275	$26.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	10.000	0		0		0	0	0	0	10.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	12.800	0	0	0	0	0	0		12.800	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	1.900				1.900	0	0	1.900			19	1.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.600	0	0	1.600	1

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	10.000	10.000
Pensión	1	12.800	12.800
Riesgos Laborales	1	1.900	1.900
CCF	1	1.600	1.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	26.300	26.300

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