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.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	astrid paola gonzalez varon						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010216724	
CORREO ELECTRONICO:	astridgonzalez.varon@gmail.com				CELULAR:	3204873628	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA SANITRIA AMBIENTAL PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008090576144				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2549			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1488	FECHA	2023-06-27 12:30:36.000	NÚMERO DE CRP	32329	FECHA	2023-06-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-06-01		2023-06-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$426,216				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$13,264,760
VALOR EJECUTADO	$10,200,345
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$426,216
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,064,415
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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 $2.194,507 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
68669880	$1,045,651	$130,706	$167,304	3	$25,472	$323,483

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Junio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar, liderar o apoyar visitas de inpeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud.	Visitas de IVC a Panaderias localidad de Bosa visitas de IVC a minoristas localidad de Bosa visitas IVC a expendios de bebidas alcoholicas localidad de Bosa inspeccion vehiculos transportadores de alimentos	Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas. 13 Panaderias Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas. 22 minoristas Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas. 20 licores Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas. 13 vehiculos
Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas	entrega de soportes o informes de actividades realizadas, Formato de entrega de trabajo y consolidado.	Informe de actividades y acciones realizadas.
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones,solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	Atencion de solicitudes y derechos de peticion en la localidad de Bosa.	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental.	entrega de soportes o informes de actividades realizadas	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas	entrega de soportes o informes de actividades realizadas	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Entregar oportunamente los productos que alimentan los sitemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros.	entrega de soportes o informes de actividades realizadas	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados	actas de asistencia a reuniones y demas actividades asignadas	Listados de asistencia a reunion de linea alimentos sanos y seguros.

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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 SALUD AMBIENTAL									
Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09										
No. DE CONTRATO:	2549-2023	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	23		31	7	23
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ASTRID PAOLA GONZALEZ VARON		**C. C.**	1,010,216,724			**DE**	Bogotà	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos 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, liderar o apoyar visitas de inpeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud.	**SI**	_ Visitas de IVC a Panaderias localidad de Bosa _visitas de IVC a minoristas localidad de Bosa _visitas IVC a expendios de bebidas alcoholicas localidad de Bosa -. inspeccion vehiculos transportadores de alimentos - muestreo	Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas. - 13 Panaderias. - 24 minoristas. - 24 licores - 15 Vehiculos transportadores de alimentos - actas de muestreo
Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas	**SI**	entrega de soportes o informes de actividades realizadas, Formato de entrega de trabajo y consolidado.	Informe de actividades y acciones realizadas.
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones,solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	**SI**	Atencion de solicitudes y derechos de peticion en la localidad de Bosa.	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental.	**SI**	entrega de soportes o informes de actividades realizadas.	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas	**SI**	entrega de soportes o informes de actividades realizadas.	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Entregar oportunamente los productos que alimentan los sitemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros.	**SI**	entrega de soportes o informes de actividades realizadas.	Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas.
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados	**SI**	actas de asistencia a reuniones y demas actividades asignadas	Listados de asistencia a reunion de linea alimentos sanos y seguros.

OBSERVACIONES:

ASTRID PAOLA GONZALEZ

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID PAOLA GONZALEZ C.C 1010216724

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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	1010216724	ASTRID PAOLA GONZALEZ VARON	Carrera 19d # 04 - 103	1234567	astridgonzalez.varon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

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	
2023-06	2023-06	I	17/07/2023	69394372	$381.100	

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	152.700	0		0		0	7	1.300	0	154.000	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	195.400	0	0	0	0	7	1.600	0	197.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.800				29.800	7	300	30.100			298	30.100	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	152.700	154.000
Pensión	1	195.400	197.000
Riesgos Laborales	1	29.800	30.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.900	381.100

PAGADA

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
CC	1010216724	ASTRID PAOLA GONZALEZ VARON		Carrera 19d # 04 - 103	1234567	astridgonzalez.varon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

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	
2023-06	2023-06	I	17/07/2023	69394372	$381.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	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	1010216724	GONZALEZ VARON ASTRID PAOLA	59	0			N																	230301	1.221.000	195.400	0	0	0	0	EPS005	1.221.000	152.700	14-11	1.221.000	3	29.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ASTRID PAOLA GONZALEZ VARON

C.C 1010216724 DE BOGOTA D.C

La suma de $ 2.614.128 DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL CIENTO VEINTI OCHO PESOS por concepto de servicios TECNÓLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL duranteel periodo del 01 al 31 de JULIO de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No: 2549-2023

ASTRID PAOLA GONZALEZ

ASTRID PAOLA GONZALEZ VARON

C.C 1010216724 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570008090576144