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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO									
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.031.016				
CORREO ELECTRONICO:	kygonzalezs@gmail.com				CELULAR:	3102568327				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F009 PIC FONTIBON									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo				%					
	FO09K28				100%					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	141-234404-72				PENSIONADO	No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4686-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	332	FECHA	28/02/2019	NÚMERO DE CRP	17500	FECHA	05/03/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar Servicos profesionales 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 E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		5	3	2019		31	3	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS	$3.254.894									
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:	$6.509.788
VALOR EJECUTADO	$2.929.404
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.929.404
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.580.384
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	45%

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 **$2.070.290**, 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
333000609	$1.228.000,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	***$380.000***

Dado en Bogotá en el mes de marzo del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA M RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	ESPACIO TRABAJO		Sede: SUR OCCIDENTE						
No. DE CONTRATO:	4686-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			5	3	2019		31	3	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO		C. C.	53.031.016		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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 E S E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Durante el mes de marzo se cumple con los criterios establecidos por la SDS de la asistencias para la nueva vigencia	Formatos diligenciados correctamente y en su totalidad de las visitadas durante el mes de marzo
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	*Durante el mes de marzo se realizaron* 30 segundas visitas a adolescentes; 10 en fontibon y 20 en kennedy. 34 visitas a utis medias, 1 Goti y 1 colectivo kennedy y un colectivo en Bosa	30 formatos de visita a adolescentes con firma del acudiente. 34 formatos con firma del usuario de visita a utis medias, 3 fichas tecnicas.
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque. 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.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
nformar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Durante el mes de marzo se informa a los 30 adolescentes y sus familias, y a los usuarioa de las 34 utis y a los asistentes a los gotis y colectivos, sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	30 formatos de visita a adolescentes con firma del acudiente, 34 formatos con firma del usuario de visita a utis. Listados de asistencia a colectivos y gotis.
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación	NO	Se realiza seguimiento plan padrino a menor de cinco años sin vacuna	menor vacunado y retroalimentacion en drive
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Durante el mes de marzo se hizo entrega de los soportes de las visitas, gotis y colectivos.	30 formatos de visita a adolescentes con firma del acudiente y 34 formatos con firma del usuario de visita a utis. Listado de asistencia y ficha tecnica de colectivos y gotis.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	En el mes de marzo se realizaron ajustes cuando fueron requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio trabajo	No aplica.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
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).	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica.	SI	Se realiza seguimiento correpondiente en las utis visitadas	formatos de visitas realizadas
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	En marzo se asisite oportunamente a las reuniones o asistencias tecnicas programadas por parte de la profesional de apoyo del espacio vivenda de la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	Asistencia a las diferentes reuniones, conversatorios de calidad dias viernes del mes de marzo, asistencia a asistencias tecnicas de la secretaria de salud y apropiacion de lineamientos. 18 de marzo pda salud mental.

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): dos millones novecientos veintinueve mil cuatrocientos cuatro pesos (2.929.404)

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL Kareen Yohana G. 53031016

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53031016	kareen yohana gonzalez sarmiento	calle 22h # 107 - 78	7111111	kygonzalezs@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
			2019/02/12		EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02	I	12/02/2019	33000609	$380.000

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	153.500	0		0		0	0	0	0	153.500	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	196.500	0	0	0	0	0	0		196.500	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	30.000				30.000	0	0	30.000			300	30.000	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	153.500	153.500
Pensión	1	196.500	196.500
Riesgos Laborales	1	30.000	30.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	380.000	380.000

PAGADA 33000609

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	53031016	kareen yohana gonzalez sarmiento	calle 22h # 107 - 78	7111111	kygonzalezs@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	
2019-02	2019-02	I	12/02/2019	33000609	$380.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Cotiza Alterno	Trasladado	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	53031016	gonzalez sarmiento kareen yohana	29	0			N																	230201	1.228.000	196.500	0	0	0	0	EPS008	1.228.000	153.500	14-11	1.228.000	3	30.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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