| 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 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código | 04-02-FO-0002 | |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | **ANA YANETH TORO CARDENAS** | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | **52541152** | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | yanethtoro@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3164305177 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | **USS 71 PATIO BONITO** | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | USS 71 PATIO BONITO | | | | SEDE: | Sur | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | B01Q | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | **DAVIVIENDA** | | | | TIPO DE CUENTA: | **AHORROS** | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 00 7590419318 | | | | | | | | | | PENSIONADO | No | |

| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **2201-2019** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **5 DE 5** | | |
| NÚMERO DE CDP | 664 | FECHA | 21/05/2019 | **NÚMERO DE CRP** | **24991** | **FECHA** | **31/05/2019** | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.** | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 6 | 2019 | | 30 | 6 | 2019 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | **$1.671.024** | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | |

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: | $8.354.846 |
| VALOR EJECUTADO | $8.354.846 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | **$1.671.024** |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5154686781 | $828116 | $103.515 | $132.499 | 3 | $20.173 | **$256.186** |

Dado en Bogotá a los (30 ) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**JAIME CASTILLO RAMOS**
**Profesional Especializada**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR**

**ANA YANETH TORO CARDENAS**
**Auxiliar de enfermeria**
**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 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | URGENCIAS | | | **Sede: CAPS PATIO BONITO** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2201-2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 6 | 19 | | 30 | 6 | 19 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | TORO CARDENAS ANA YANETH | | **C. C.** | 52 541.152 | | **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 **AUX DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| aplicar las normas , guias y protocolos en los servicios de urgencias , hospitalziacion , partos que garanticen la adecuada prestacion del servicio | **Programado** | se aplican las normas, guias y protocolos de la institucion en la prestacion de servicios en urgencias | se aplican las normas, guias y protocolos a los pacientes atendidos en el servicio de observacion, en el servicio de hospitalizacion , reanimaciones y partos. |
| Mantener su respectivo servicio en orden y estricta limpieza | **Programado** | se realiza desinfeccion del servicio de manera semanal y diaria, durante el recibo y entrega de turno se revisa orden y limpieza de sitios y equipos. | se mantiene el servico limpio y ordenado con su adecuada desinfeccion de camillas y equipos, unidades y areas del servicio. |
| Esterilizar, preparar y responder por el material, y equipo y elementos que el hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden | **Programado** | se realiza material para esterilizacion y se responde por los equ pos e insumos que se tienen en el servicio. | se realiza material de esterilizacion(gasas, torundas ,apositos). se responde por el material existente y lavado de equipos y desinfeccion, |
| Asistir y administrar la dieta al paciente segun prescripcion medica y de acuerdo con las normas tecnico cientificas | **No Programado** | no aplica | no aplica |
| realizar registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo, diligenciando de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad | **Programado** | se realiza registro diario y consolidado mensual de actividades | se realizan informes de gestion de cumplimiento mensual de actividades auxiliar de enfermeria en el area de urgencias |
| dar un uso racional a los insumos y equipos que el hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden | **Programado** | se da uso racional a los insumos | se da uso racional a los insumos |
| Participar en las acciones en vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para poblacion | **No Programado** | no aplica | no aplica |
| cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institucion | **Programado** | se realizan actividades según indica manueal de procesos y procedimientos | se cumple con con el manual de procesos y procedimientos |
| Reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicioal medico de turno y /o profesional especializado segun sea el caso | **No Programado** | no se presento nada para reportar | no se reporta ninguna anomalia |
| mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion necesarias para el desempeño de su labor. | **Programado** | se asisten a las capacitaciones para actualizaciones en el servicio | se asiste a las actualziaciones de los temas |
| cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol, programa de | **Programado** | se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema | se cumple con todas las actividades incluidas |
| asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion) | **No Programado** | no aplica para este mes | no aplica para este mes |
| portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano | **Programado** | se usa carnet en la institucion | se usa carnet en la institucion |
| garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio | **Programado** | se garantiza y da uso racional a los insumos | se garantiza y da uso racional a los insumos |
| cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la institucion y manejo de desechos hospitalarios | **Programado** | se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad | se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades |
| presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley | **Programado** | se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL | Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension |
| Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato | **Programado** | se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden | se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden, |
| garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio . | **Programado** | se garantiza y da uso racional a los insumos | se garantiza y da uso racional a los insumos |
| cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la institucion y manejo de desechos hospitalarios | **Programado** | se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad | se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades |
| presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley | **Programado** | se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL | Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension |
| Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato | **Programado** | se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden | se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden, |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UNO MIL VEINTICUATRO PESOS MCTE ($1,671,024)**

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _____

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UNO MIL VEINTICUATRO PESOS MCTE ($1.671.024)

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 52541152 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | | ANA YANETH TORO CARDENAS ... |
| CIUDAD/MUNICIPIO | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN | CR 29 46 88 SUR | TELÉFONO | 5103669 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA | Personas Naturales sin Actividad Económica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | **5154686781** | TIPO DE PLANILLA | | | | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo | AÑO 2019 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | | MES mayo | AÑO | 2019 |
| DIAS DE MORA | | | 4 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2019/06/18 | NUMERO AUTORIZACION | | | | | 0233252475 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 132.500 | $ 400 | $ 132.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 132.500** | **$ 400** | **$ 132.900** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACION COTIZACIÓN | LIQUIDACION UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 103.600 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 103.600 | $ 400 | $ 0 | $ 104.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 103.600** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 104.000** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | APORTES | MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-18 | 14-18-LIBERTY | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 20.200 | $ 20.200 | $ 100 | $ 0 | $ 20.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 20.200** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 20.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| N° | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | RESIDENCIA | REFORMA TRIBUTARIA | PIG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC [illegible] | TORO [illegible] ANA YANETH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 828.116 | | | | NO | |

| N° | NOVEDADES: RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |

| N° | SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 30 | $ 828.116 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 132.500 |

| N° | SEGURIDAD SOCIAL SALUD: ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS008-SANITAS | 30 | $ 828.116 | $ 103.600 | $ 0 | $ 103.600 |

| N° | SEGURIDAD SOCIAL ARP: ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-18-LIBERTY | 30 | $ 828.116 | 52541152 | $ 20.200 |

| N° | PARAFISCALES CCF: DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 |

| N° | PARAFISCALES SENA: TOTAL APORTE |
|---|---|
| 1 | $ 0 |

| N° | PARAFISCALES ICBF: TOTAL APORTE |
|---|---|
| 1 | $ 0 |

| N° | PARAFISCALES ESAP: TOTAL APORTE |
|---|---|
| 1 | $ 0 |

| N° | PARAFISCALES MINEDU: TOTAL APORTE |
|---|---|
| 1 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 257.200**

Planilla Pagada

$ 1'671.024
CPP -> 664 - 210519
ORI -> 24991 - 310519