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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA INES APONTE ESPITIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	46.668.406							
CORREO ELECTRONICO:	lidiapon87@gmail.com				CELULAR:	3118342213							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS PATIO BONITO- TINTAL				SEDE:	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	T04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20765871058								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1297-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 de 12			
NÚMERO DE CDP	1864	FECHA	27/12/2019	NÚMERO DE CRP	61537	FECHA	31/12/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como PROFESIONAL ESPECIALIZADO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2020		31	1	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,800,000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	No Aplica							

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:	$57.600.000
VALOR EJECUTADO	$57.600.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	4.800.000
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 $2070290 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
39489709	$1.920.000	$240.000	$307.200	3	$46.800	**$594.000**

Dado en Bogotá a los (31) días de enero del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

EDGAR LOPEZ CHAPARRO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIDA INES APONTE ESPITIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito - Tintal									Sede: Kennedy
No. DE CONTRATO:	1297-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2,020		31	1	2,020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA INÉS APONTE ESPITIA		C. C.	46.668.406			DE	Duitama		

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 Profesional Especializado 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
Participar en la formulación del Plan Anual de Auditorias y Plan de Acción de la Oficina de Control Interno (Control Organizacional)	SI	Mesa de trabaja metodológica para la priorización de plan anual de auditorias	Matriz de PAA.
Ejecutar las auditorias de asignadas que hacen parte integral del Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno y elaborar el informe respectivo	Si	Realizar siguiente al cumplimiento de los Planes Operativo Anuales de los proceso misionales.	informe y actas
Ejecutar las auditorías de gestión no planeadas que se le asignen	No	Durante el mes no se recibió solicitud	
Realizar las auditorías que le sean asignadas de acuerdo al Modelo Estándar de control Interno (MECI)	Si	actividad realizada el mes de Diciembre Contestación encuesta FURAG-control Interno.	Encuesta
Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento y/o acciones de mejoramiento preventivas, correctivas o de seguimiento (relacionados con la Gestión Institucional) que le sean asignados	Si	Revisión de las hallazgos de la auditoria regular de la Contraloría de Bogotá.	
Acompañar el desarrollo de mesas de Estándares de Acreditación según necesidades institucionales	No	Para este periodo de tiempo no se recibió solicitud por parte del área encargada.	
Realizar actividades para la atención a entes externos	Si	Evaluación y seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano.	Informe
Apoyar en la verificación de la rendición de cuentas de la Contraloría de Bogotá	No	No Aplica para el mes	
Apoyar en la recepción de auditorías de entes externos relacionadas con la gestión institucional	No	No Aplica para el mes	
Asesorar y acompañar a la alta Dirección y a los responsables de procesos en la implementación del componente administración de riesgos y realizar seguimiento	SI	Actividad realizada en meses anteriores	Informe, Actas.
Realizar acompañamiento y asesoría a los procesos asignados en relación con la administración de riesgos	Si	Seguimiento a matriz de riesgos de la oficina de Control Interno.	Matriz y correo electrónico
Apoyar la evaluación de la gestión de acuerdo con la normatividad vigente y realizar la pertinente retroalimentación dentro de los canales de comunicación establecidos	Si	Seguimiento a Plan Operativo Anual de la Oficina de Control	Matriz y correo electrónico
Contribuir al fomento de la cultura de control de la institución mediante la ejecución de actividades de sensibilización, actualización y divulgación en pro de la interiorización y compromiso pro parte de los colaboradores durante el desarrollo de las actividades propias en su hacer, que apunten al mejoramiento continuo de la misión institucional	Si	Estas actividades de fortalecimiento del autocontrol se apoya en el desarrollo de las auditorías a cargo del proceso. Estrategia de autocontrol En-rol	Publicaciones
Conocer y aplicar las políticas para el cumplimiento de objetivos, uso de recursos, seguridad, bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo	Si	Revisión de la información referente a normatividad de la subred, política y programas.	Revisión documental
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos asignados a su responsabilidad	Si	Realizar las actividades teniendo en cuenta la custodia y el cuidado de los elementos que se encuentran bajo mi custodia	Acta de inventario

Conocer, promover y aplicar las normas de gestión ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y bioseguridad, programa de salud ocupacional, planes de emergencia y demás normatividad en le marco de la salud	**Si**	Revisión de la normatividad aplicable y buen uso de recursos naturales (energía, agua, segregación adecuada de residuos)	
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la gestión eficiente del área y contribuir al cumplimiento de la misión	**Si**	Cumplimiento de Plan anual de auditorias y los requerimientos asignados por el Jefe de la oficina	
Realizar acciones encaminadas a verificar los controles definidos para los procesos y procedimientos de la institución se cumplan por los responsables de su ejecución y efectuar la respectiva retroalimentación para la implementación de acciones de mejoramiento a lugar por parte de los responsables	**No**	Auditoria de procesos y procedimiento, Realización de Auditorias y seguimientos.	Actas, Planeación
Participar activamente en la realización del comité de control Interno y velar por el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el mismo	**No**	No aplica para el periodo	
Participar en el desarrollo de comités institucionales y espacios de comunicación institucionales establecidos para fomentar la cultura del control	**Si**	Participación e reunión de la oficina de Control Interno. Participación capacitaciones según delegación	Acta
Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido	**Si**	meses anteriores capacitación formador de formadores	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4800000Cuatro millones ochocientos mil pesos m/Cte.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lida Inés Aponte Espitia CC. 46668406 de Duitama

Fecha . 31/1/2020 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	46668406	LIDA INES APONTE ESPITIA		KR 16N 36-41 APT 101C	3230749	LIDIAPON@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						
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	
2019-12	2019-12	I	23/12/2019	39489709	$632 400	

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	240 000	0		0		0	0	0	0	240.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	307.200	0	0	0	0	0	0		307.200	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	830603790-5	46.800				46 800	0	0	46.800			468	46.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.400	0	0	38.400	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	240.000	240.000
Pensión	1	307.200	307.200
Riesgos Laborales	1	46.800	46.800
CCF	1	38.400	38.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	632.400	632.400

COPIA
39489709

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	46668406	LIDA INES APONTE ESPITIA		KR 16N 36-41 APT 101C	3230749	LIDIAPON@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						
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	
2019-12	2019-12	I	23/12/2019	39489709	$632.400	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
po	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Solidario	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
C	46668406	APONTE ESPITIA LIDA INES	59	0			N																	25-14	1.920.000	307.200	0	0	0	0	EPS008	1.920.000	240.000	14-11	1.920.000	3	46.800	CCF24	1.920.000	38.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	4[illegible]5409	LIDA INES APONTE ESPITIA	U: X		

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
2019	12	2019	384897		PUBLICA: PRIVADA: MIXTA:	PEQUEÑO: GRANDE: INDEPENDIENTE: X	14[illegible]	57

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
KR 104 No 41 APT 1015	BOGOTA D C	11001	BOGOTA D C	11	3230746		LIDAPON@HOTMAIL COM	7490	1 920 000	1	2019-12-23	0[illegible]4832*

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
EPS035	8[illegible]6942-7	240 000	0		0		0	240 000	0	0	0	240 000	0		0	0	240 000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLID PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No AFIL
25 14	900336004-7	307 200	0	0	0	0	0	0	307 200	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	8[illegible]6942-7	38 400	0	0	38 400	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	
SENA					
1	0	0	0	0	

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

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

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RESG	VALOR NETO COTIZACION
14 11	8[illegible]3760-5	45 800		0	0	45 800
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	45 800		0	458	45 800

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

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE INTERESES MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	307 200	307 200
SALUD	240 000	240 000
RIESGOS LABORALES	45 800	45 800
CCF	38 400	38 400
SENA	0	
ICBF	0	
ESAP	0	
MINISTERIO DE EDUCACION	0	
GRAN TOTAL	632 400	632 400

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