| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de vigencia | 09/11/2015 |
| | | Código | 15-03-FO-0002 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52178539 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | angelstmgv@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3134301832 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | FO09 | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K32 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 272255880 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5979-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | PAGO 2 DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1381 | FECHA | 25/09/2020 | NÚMERO DE CRP | 44193 | FECHA | 30/09/2020 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1500 | FECHA | 16/10/2020 | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios como Auxiliar de Enfermeria para procesos de Salud Publica para el hospital de Fontibon E.S.E o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,197.015 | | | | | | | | |
| 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 EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.247.562 |
| VALOR EJECUTADO | $4.247.562 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.197.015 |
| 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 **$2,194,507** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1032899011 | $878.806 | $109.900 | $140.700 | 4 | $21.500 | $272.100 |

Dado en Bogotá en el mes de Octubre del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto Caicedo

**CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO**

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angela Castillo

**ANGELA STELLA CASTILLO**

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 | 03/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-PO-0003 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | Sede: | FONTIBON | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 5979-2020 | Período certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANGELA STELLA CASTILLO CANTIVAR | | | | 52178539 | de | | | BOGOTA | | |

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area 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.

X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,Anexos operativos e instructivos definidos por la SDS y la institución. | SI | 1. Se ejecutan las actividades del mes de OCTUBRE de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios | cumplimiento con la revision y envio de todos los productos actualizacion, almacenacion, y revision a diario en SURESOC |
| 2- Semanalmente entregar el referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad. | SI | 1. se realiza a diario teletrabajo actualizando información de cada uno de los casos indice con sus estrechos para realizar su respectivo seguimiento de aislamiento preventivo frente a covid 19 | se realizo y se envio de forma oportuna y clara el reporte de seguimiento realizado por COVID 19 en el mes de OCTUBRE |
| 3- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. | SI | 1 se realiza a diario entrega de los seguimientos realizados por medio de la plataforma SURESOC y DRIVE en donde notifico los casos que cierro y los que aun siguen activos para que asi me asignen en la plataforma y cumplir meta | se realiza entrega de los seguimientos realizados por medio de la plataforma SURESOC Y DRIVE |
| 4- Realizar la búsqueda activa comunitaria y respectivo soporte | SI | se realiza teletrabajo donde se brinda seguimiento de salud a cada uno de los casos asignados, en donde se le brinda información de prevencion de los autocuidados que debemos tener frente a covid 19 | se realizo seguimiento telefonico brindando informacion de prevencion y medidas de autocuidado frente al covid 19 a casos asignados por la jefe en plataforma suresoc para cumplimiento de su respectivo aislamiento |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | NO | no se programa ninguna actividad relacionada con esta obligacion | no se programa para este mes |
| 6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna. | SI | se realizo actividades en el proyecto de acciones integradas a puntos de entrada OCTUBRE 2020 | acciones realizadas se relaciono por medio via web plataforma suresoc |
| 7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que atiendan los eventos y poblacion de interes | NO | no se programa ninguna actividad relacionada con esta obligacion | no se programa para este mes |
| 8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de de la subred y en espacios extrainstitucionales, locales y distritales. | SI | 1. Se asistió a reunión de área 12 Y 16 de OCTUBRE de 2020. | 1 Acta y listados de asistencia, |
| 9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado. | SI | 1. se realiza actualizacion de la plataforma suresoc reporte diario de seguimiento de casos indice con sus estrechos por contingencia covid 19, comunicación de riesgo covid 19 si presenta sintomas( como fiebre,tos dolor de garganta diarrea, dolor de cabeza ) | 1.se realizo actualizacion de seguimiento a plataforma suresoc a diario por contingencia covid 19, se realiza seguimiento telefonico a casos indices con sus estrechos donde se les brinda recomendaciones de salud,la importancia del aislamiento preventivo y |
| 10-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud. | NO | no se programa ninguna actividad relacionada con esta obligacion | no se programa para este mes |
| 11-Participara en pre-auditoria y auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente el igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | 1. Se entrega soportes en pre auditoria de las acciones realizadas en el mes de OCTUBRE del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios. | 1. se envia evidencia por via web |
| 12.Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | NO | no se programa ninguna actividad relacionada con esta obligacion | no se programa para este mes |
| 13. Entregar el referente Backup de información en magnetico de manera mensual. | SI | se envia base de seguimiento y base sistematica respectivo del mes laborado los dias 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 | se envia informe diario de bases correspondientes del mes de OCTUBRE |
| 14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales a entes externos competentes. | SI | se realiza teletrabajo a usuarios positivos y contactos directos diligendando base de datos a diario | 1.Contingencia por COVID 2020<br>2. Se realiza seguimiento telefonico a usuarios indice y estrechos diligenciando base de drive, del mes de OCTUBRE 2020 |

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Angela Stella Castillo Cantivar
52178539

Claudia Ramos Pinzon

Nombre : Firma de recibido supervisor

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 10-2020**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A**

**ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR**

**CC 52178539 DE BOGOTA**

La suma de 2.197.015, (DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE PESOS), por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO durante el periodo de **1 al 31 1octubre de 2020** conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 5979 - 2020

Angela Castillo

**ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR**

**CC 52178539 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ**

**NUMERO 272255860**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-10-08, 10:38:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1032899011

**Periodo Cotización:** septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8821427240

**PAGADO 07/10/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANGELA STELLA CASTILLO | **Dirección** | CL 14C #17 A - 16 PRADO VEGAS |
| **Documento** | CC52178539 | **Teléfono** | 3134381832 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Forma Presentación** | UNICO |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Ciudad** | SOACHA | **Identificación** | |
| **Representante Legal** | | **ARP** | ARL SURA |
| **Total Afiliados** | 1 | | |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días COT | Días IBC | Días Mora | Días Cobro | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | MEN | |
| CC 52178539 | ANGELA STELLA CASTILLO DANTAN | 59 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 0 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 678,800 | $ 140,700 | (EPS010) FAMISANAR EPS | $ 678,800 | $ 109,900 | 2,436 | $ 678,800 | $ 21,500 | (NO DEFINIDA) NO DEFINIDA | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 678,800 | $ 678,800 | $ 678,800 | $ 0 | $ 140,700 | $ 109,900 | $ 21,500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,100 | $ 0 | $ 272,100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 564 9515 - Medellín: 514 66 66 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 64 44 - Pereira: 340 25 92 - Barranquilla: 361 66 60 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Cuidemos el medio ambiente está en nuestras manos.