| 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 | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52470931 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | sanlicoga77@gmail.com | | | | CELULAR: | 3214660780 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FO09 | | | | SEDE: ADMINISTRATIVA PIC | 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 | 41012181800 | | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4395-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 DE 7 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1245 | FECHA | 27/08/2020 | NÚMERO DE CRP | 37344 | FECHA | 30/08/2020 | | | |
| 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.242.903 |
| VALOR EJECUTADO | $12.082.476 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.197.015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.160.427 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

**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 **$2.194.508** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45162457 | $878.806,00 | $109.900 | $140.700 | 3 | $21.500 | **$272.100** |

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ
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:** | FO09 | | | | | | | **Sede: FONTIBON** | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4395-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 9 | 2.020 | | | 30 | 9 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ | | **C. C.** | | 52.470.931 | | **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 Auxiliar de enfermeria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del con** 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. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria Notificar todos los eventos de interés en salud pública.

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Especificos 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 | Realizar gestion documental y actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC,disponiendo de recursos telefonicos, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanadas por el nivel distrital para la identificacion de casos nuevos y busqueda de contactos. | Informes diarios de posibles casos COVID - 19 |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acccion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE | SI | Realizar gestion documental y actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC,disponiendo de recursos telefonicos, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanadas por el nivel distrital para la identificacion de casos nuevos y busqueda de contactos. | Informes diarios de posibles casos COVID - 19 |
| 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 | N/A | Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional teniendo en cuenta las necesidades de las familias | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadastanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente ESE, o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado. | N/A | Según requerimiento de la Subred. | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS | N/A | Se realiza activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a las necesidades de las familias. | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. 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. | SI | Se realiza Notificacion de eventos de interes en salud publica requeridas según caracterizacion de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes | Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS |
| Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC,disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones, ordenadas en el marco de los protocolos,guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS | formato de seguimiento casos indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL COVID 19 TABLERO RELACION CASOS 60 CASOS DIARIOS PARA UN TOTAL DE 1860 AL MES |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,197,015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS**

| | |
|---|---|
| CC. 52.470.931 | Claudia Patricia Pinzon C. |
| NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: | 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 | 52470931 | SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ | | caale 70b sur # 81g 33 | 6081232 | sanlicoga77@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 | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 03/09/2020 | 45162457 | $272.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 109.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 109.900 | 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 | 140.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 140.700 | 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 | 21.500 | | | | 21.500 | 0 | 0 | 21.500 | | | 215 | 21.500 | 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 | 109.900 | 109.900 |
| Pensión | 1 | 140.700 | 140.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.500 | 21.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 272.100 | 272.100 |

PAGADA 45162457

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 | 52470931 | SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ | | caale 70b sur # 81g 33 | 6081232 | sanlicoga77@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 | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 03/09/2020 | 45162457 | $272.100 | |

## LLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 |
| 52470931 | CARMONA GOMEZ SANDRA LILIANA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 878.806 | 140.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 878.806 | 109.900 | 14-11 | 878.806 | 3 | 21.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ

CC 52470931 DE BOGOTA

La suma por concepto de $2´197015 (dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos). servicios AUXILIAR EN ENFERMERÍA TÉCNICO 1, durante el periodo de 1 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4395/2020

SANDRA LILLIANA CARMONA

CC 52470931 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO : 41012181800