

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA SECRETARÍA DE SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1092339992				
CORREO ELECTRÓNICO:				liz9064@hotmail.com				CELULAR:				3108079010			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS BOSA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SERVICIO AL CIUDADANO				SEDE:				CAPS BOSA			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		BO36 002	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				624-950211-44				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4563 del 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7	
NÚMERO DE CDP		1380		FECHA		25/09/2020		NÚMERO DE CRP		43201	
				FECHA		30/09/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, 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
					1	10	2020		31	10	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.558.122							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				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.

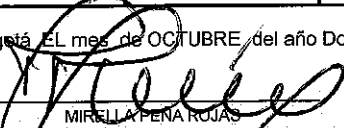
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$10.647.167
VALOR EJECUTADO	\$10.647.167
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.558.122
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

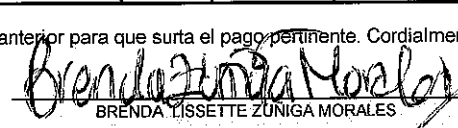
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45703021	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

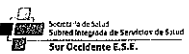
Dado en Bogotá, EL mes de OCTUBRE del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


 MIRELLA PEÑA ROJAS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


 BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Diana Carolina Lizano Muñoz
 Trabajadora Social
 R.P. 170475323-1

VoBo Sindy Mañón

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

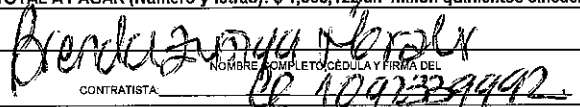
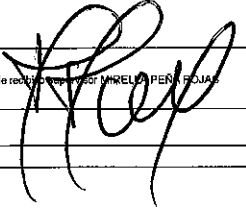
Ubicación del Servicio:	PARTICIPACION SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO	Sede: CAPS BOSA
No. DE CONTRATO:	4563	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BRENDA LISSETTE ZUNIGA MORALES	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, 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 ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Elaborar y presentar informes con la frecuencia y características de cantidad, calidad y oportunidad en desarrollo del proceso asignado.	SI	se elabora y presentan informes de acuerdo al proceso asignado.	6 informes mensuales
2. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	SI	se informa oportunamente cualquier eventualidad	NO TIENE SOPORTE FISICO
3. velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentaciones individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) así como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad.	SI	se vela por el mantenimiento de la imagen institucional y el buen uso del uniforme y presentación personal.	NO TIENE SOPORTE FISICO
4. ejecutar y hacer seguimiento a las acciones asignadas por la institución.	SI	se hace seguimiento a las acciones asignadas por la institución	NO TIENE SOPORTE FISICO
5. realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	SI	se realiza demanda inducida de acuerdo a la E.S.E.	3 demanda inducida
6. apoyar el cumplimiento de las actividades y metas programadas y asignadas por la institución.	SI	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES Y METAS PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION.	5 demanda inducida
7. articular al interior de la institución el soporte necesario para el desarrollo de la caracterización, el seguimiento, y la realización de intervenciones con la comunidad sujeto de atención de la línea o programa.	SI	se hace seguimiento y la realización con la comunidad a las acciones asignadas por la institución.	3 charlas diarias
8. diligenciar formularios, planillas y papelería en general en forma completa sin enmendaduras ni tachones, siguiendo las recomendaciones del referente.	SI	se diligencia correctamente y sin errores la papelería siguiendo recomendaciones.	
9. garantizar la entrega oportuna de reportes e informes de avances sobre actividades asignadas.	SI	se entrega oportunamente los reportes solicitados	6 informes mensuales. 3 charlas diarias en salas de espera.
10. implementar las normas, guías, protocolos, procesos, lineamientos y procedimientos del área, definidos en la institución, orientados a mejorar la prestación de los	SI	se implementa todo lo necesario para la mejora continua de prestación de servicio	4 talleres pedagógicos
11. realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias.	SI	se realiza autocontrol de las actividades diarias.	NO TIENE SOPORTE FISICO
12. dar información clara, veraz y oportuna a los usuarios de acuerdo con la necesidad del usuario.	SI	se da información concreta y clara a los usuarios.	3 charlas diarias
13. todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	se realizan todas las actividades asignadas por el supervisor para el desarrollo del objeto del contrato.	NO TIENE SOPORTE FISICO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,558,122 un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidos pesos	
 CONTRATISTA	 FIRMA DE RECEPCIÓN DEL SUPERVISOR

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

Diana Carolina Lozano Muñoz
Trabajadora Social
R.P. 170478223-1

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión.

[Quiero Probar](#)

Último ingreso exitoso: 2020-10-08 / 08:33:04 AM | Último ingreso fallido: 2020-08-10 / 09:14:54 AM

Datos Empleados Planillas Documentos Reportes Cesantías Pensiones Voluntarias Salir

Periodo Pensión: Septiembre 2020. Periodo Salud: Septiembre 2020.

Octubre 8 de 2020 / 8:39 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa: BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

Nit: 1092339992

Tipo planilla: I

Periodo liquidación Pensiones: Septiembre 2020

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: Septiembre 2020

Número de radicación: 45703021

Total a pagar: \$289,300

Fecha de vencimiento: 22/10/2020

Total de empleados: 1

Fecha de pago: 01/10/2020

Número de administradoras: 4

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Medio de pago: Pago Electronico por PSE

Banco: BANCOLOMBIA

Número de aprobación: 758343405

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0.00	\$21,400
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0.00	\$140,500
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Filar	1		\$0.00	\$17,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0.00	\$109,800
						\$289,300

*Si descontó Incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

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

[Exportar reporte a Excel](#)

[Exportar reporte a PDF](#)

Imprimir transacción

DATOS GENERALES			PERIODO DE COTIZACIÓN										PAG. 1 DE 1						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN		SUCURSAL / DEPENDENCIA		CODIGO	SALUD		PERIODO DE COTIZACIÓN		NÚMERO REGISTRO	TIPO EMPRESA		CLASE DE APORTANTE		CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR	
			U	C	S	D		MES	AÑO	MES	AÑO		PUBLICA	PRIVADA	MIXTA	PEQUEÑA	GRANDE	INDEPENDIENTE	
CC	1022339562	BRENDA LIESETTE ZÚÑIGA MORALES						9	2020	2020	4570302								53
DIRECCION		Ciudad/Municipio	DEPARTAMENTO		CODIGO		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		VALOR MONEDA		TOTAL EMPLEADOS		FECHA DE PAGO		No. AUTORIZACION	
AV DE N 7N-21		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ D. C.		11		3176500703	brenda264@valleiluz.com		6692		877.683		1		2020/10/01		753343405	

[illegible][illegible]

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES					
COD. ARL.	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES		
			No. AUTORIZ	VALOR	
D-15	890903730-5	21.400			
DAS	INTERESES MORR	SUBTOTAL APORT	No. RADICAR SALDO	FONDO	
MORA	COTI	COTIZ	A FAVOR	SOLIDARIDAD	
0	0	21.400	0	214	
					VALOR NETO COTACION
					TOTAL A PAGAR
					21.400

TOTAL APORTE DEL PERIODO A MIN. EDUCACION			
VALOR	DIAS MORA	INT YORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP			
VALOR	DÍAS MORA	INT %MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

[illegible]

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

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANEXOS IDEUMA Y INOPRA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140.500	140.500
SALUD	108.800	108.800
RIESGOS LABORALES	21.400	21.400
CCF	17.600	17.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	288.300	288.300

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

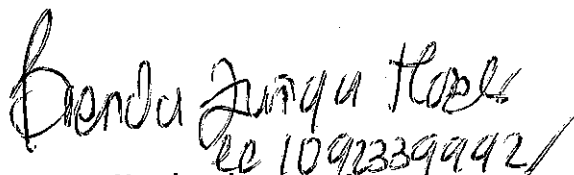
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

C.C 1092339992 DE VILLA ROSARIO

La suma de 1.558.122, por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, 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 . durante el periodo de 1 DE OCTUBRE al 31 DE OCTUBRE de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4563-2020


Nombre de contratista

BRENDA LISSETTE ZUÑIGA MORALES

C.C.1092339992 DE VILLA ROSARIO

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 624-950211-44