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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026586668						
CORREO ELECTRONICO:	laukamila82@gmail.com				CELULAR:	3108195017						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION AL USUARIO				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16002	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	476300051754								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4745 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	26/05/2020	NÚMERO DE CRP	26727	FECHA	30/05/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de participacion y servicio al ciudadano 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	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA			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:	$3.664.901
VALOR EJECUTADO	$2.290.563
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.374.338
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43139861	$877.803	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de JUNIO del año DOS MIL veinte. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MIRELLA PEÑA ROJAS

LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA

Diana C. Gomez

VoBo Sindy Marin

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0083	

Ubicación del Servicio:	PARTICIPACION SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO		**Sede: PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	4745-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA		**C. C.**	1026586668			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 ATUS 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
1-) Saludar amablemente al usuario.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
2-) Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila	SI	SIDMA, BARRERAS DE ACCESO Y ORIENTACIONES	INFORME: 220
3-) Entrega de ficha de digiturno de acuerdo a la población prioritaria (Prioritaria, citas del dia, población general)	SI	FORMATO ESTRELLAS LUMINOSAS	INFORME: 1
4-) Identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala de dolor	SI	FORMATO ESCALA DE DOLOR	INFORME: 1
5-) Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales	SI	FORMATO DE LISTA DE ESPERA	INFORME: 4 ENVIOS Y 128 USUARIOS REPORTADOS
6-) Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud.	SI	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ESTRELLAS LUMINOSAS	INFORME: 559
7-) Realizar charlas educativas en sala de espera de acuerdo al lineamiento institucional.	SI	FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALA DE ESPERA	INFORME: 220
8-) Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
9-) Orientar al usuario y su familia a los programas de promoción y detección temprana en los casos que se requiera.	SI	FORMATO BARRERAS DE ACCCESO SIDMA	INFORME: 1
10-) Realización de charla de taller pedagogico a los usuarios inasistentes.	SI	FORMATO TALLER PEDAGOGICO	INFORME: NO APLICA
11-) Aplicación de encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria.	SI	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	INFORME: 20
12-) Registro, captura y gestión de las barreras de acceso.	SI	FORMATO BARRERAS DE ACCCESO SIDMA	INFORME: 1481
13-) Verificación de ordenes medicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
14-) Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.	SI	UAT, CAPACITACIONES, ULG.	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA
15-) Todas las demás actividades que le sean designadas por el jefe de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la Subred.	SI	LLAMADAS TELEFONICAS	INFORME:169 LLAMADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1,374,338)UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

Laura Camila Cuadros

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA: LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA C.C 1026586668

Firma de recibido supervisor MIRELLA PEÑA ROJAS

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

Diana C. Gómez R

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	1026586668	LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA	transversal42 #36-30	000000000	laukamila82@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	
2020-05	2020-05	I	03/06/2020	43139851	$157.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	26.400	0	0	0	0	0	0		26.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	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
			Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	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	109.800	109.800
Pensión	1	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	157.600	157.600

43139851

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	1026586668	LAURA CAMILA CUADROS BAUTISTA	transversal42 #3b-30	000000000	laukamila82@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-05	2020-05	I	03/06/2020	43139861	TOTAL A PAGAR	
					$157.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Subtipo	Extranjero	Colmb. exterior	Residente	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
1	CC	1026586668	CUADROS BAUTISTA LAURA CAMILA	59	0			N																	230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

Laura Camila Cuadros Bautista

CC. 1026586668 de Bogotá D.C

La suma de 1'374.338, por concepto de: Prestación de servicios de salud como auxiliar de servicio al ciudadano en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 4745-2020

Laura Camila Cuadros

Laura Camila Cuadros Bautista

CC. 1026586668 DE Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 476300051754