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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARY SOFIA SILVA CARDOZO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52048712						
CORREO ELECTRONICO:	marysofias@gmail.com				CELULAR:	3188656788						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON ZONA FRANCA FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0073-8035079-8								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	376-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 5				
NÚMERO DE CDP		505 708	03/04/2020 30/04/2020	NÚMERO DE CRP		20730 25355	04/04/2020 03/05/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PIC, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2020		31	5	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.011.816
VALOR EJECUTADO	$6.840.796
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$171.020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
42242276	$877.803	$109.725	$26.334	3	$21.388	**$157.448**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MARY SOFIA SILVA CARDOZO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

20

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			**Sede:** FONTIBON ZONA FRANCA FO09					
No. DE CONTRATO:	376-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARY SOFIA SILVA CARDOZO		**C. C.**	52.048.712			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PIC, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ____ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Durante el mes se han realizado actividades propias del Proceso de inventarios, archivo de insumos y papelería propias del área.	Papeleria entregada y registrada mediante libros Y BASE DE DATOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Se cuenta con registro escrito de entradas y salidas de documentos propios del área. Se archivan documentos de las diferentes áreas en archivo de acuerdo con las directrices de gestión documental.	En custodia y archivado. Documentacion archivada
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.	SI	Para este periodo se realizo acompañamiento Auditoria, con todos los soportes requeridos.	Para este periodo se realizo acompañamiento Auditoria, presentando los soportes requeridos.
Mantener los archivos de los procesos organizados, actualizados y sustentación de los procesos de SP ante los entes de control internos y externos. Archivar cada oficio interno o acta de inspección, vigilancia y control que ingresa y sale de vigilancia sanitaria	SI	Se archivan procesos de las diferentes áreas en archivo de acuerdo con las directrices de gestión documental.	Archivado y custodiado debidamente.
Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.	SI	Para este periodo se realizo acompañamiento Auditoria, con todos los soportes requeridos.	Para este periodo se realizo acompañamiento Auditoria, presentando los soportes requeridos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		Cada vez que estos sean solicitados por la coordinación	Cada vez que estos sean solicitados por la coordinación
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada.	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se lleva control en medio magnetico de los insumos manejados para esta área. Se realiza la recepcion de todos los oficios dirigidos al area, asi como la elaboracion de la respuesta entregada por cada lider de linea, en respuesta a la solicitud.	Se lleva control en medio magnetico de los insumos manejados para esta área. Se realiza la recepcion de todos los oficios dirigidos al area, asi como la elaboracion de la respuesta entregada por cada lider de linea, en respuesta a la solicitud.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,710,199 UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS.

Mary Sofia Silva Cardozo - CC No. 52.048.712

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	52048712	Mary Sofia Silva Cardozo	Calle 75 #89b-09 Int. 10 Apt. 101	7068491	marysofias@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	
2020-04	2020-04	I	04/05/2020	42242276	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	26.400	0	0	0	0	0	0		26.400	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	800903790-5	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

ANULADA

42242276

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