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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52902721							
CORREO ELECTRONICO:	yjaramillo.acolectiva.hco@gmail.com				CELULAR:	3007494582							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON ZONA FRANCA FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON ZONA FRANCA FO09							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K31	60	FO09K29	40									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2170078725								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	420-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6	DE	7
NÚMERO DE CDP	823	FECHA	05/30/2020	NÚMERO DE CRP	27042	FECHA	6/03/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRSATIVA Y/O ASISTENCIAL EN AREA DE PIC, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUB RED 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	1	2020		31	7	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.071.051
VALOR EJECUTADO	$18.469.373
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,570149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.601.678
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
44047425	$1.428.060	$178.507	$228.489	3	$34.787	**$441.783**

Dado en Bogotá al mes de JULIO del año dos mil veinte (2020).. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Yaneth Alexandra Jaramillo M.
YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

194

Secretaría Distrital 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-FO-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

ación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			Sede: FONTIBON BOSTON FO09						
DE CONTRATO:	420-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	07	2.020		31	07	2020
IBRE DEL CONTRATISTA:	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ		C. C.		52.902.721		DE		BOGOTA

ETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRSATIVA Y/O ASISTENCIAL EN AREA DE PIC, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUB RED EGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.

sultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
alizar, liderar o apoyar visitas deinspeccion, vigilancia y control toma y envio de estras (si fuera necesari) y operativos en las diferenes lineas de intervencion o vidades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea ignado, a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos nicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre sub red y la secretaria salud.	SI	Realizar acciones de IVC a Opticas: 15 en la localidad de bosa, 31 en la localidad de kennedy, 1 en la localidad de puente aranda, 2 en la localidad de fontibon.	Actas de IVC a opticas.
ndar asesoria tecnica a la comunidad en normatividad sanitaria y ambiental	SI	Realizar apoyo a gestion documental.	Listado de asistencia y actas de soporte de la gestion documental.
sentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecido, indicando las vidades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar o realizadas	SI	Informe Mensual	CD
regar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en lacia sanitaria y otros	SI	Entrega de Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.	Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.
mpañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse	SI	Lo programado	Lo programado.
nular y ejecutar las acciojnes preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramineto a hayas lugar de acuerdo a as evaluaciones y recomendaciones obtenidas	NO	No programado	No programado
ntener la confidencialidad, reserva de los sistemas de información, derechos de autor desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logisticos ftware), definicion auditoria de los documentos cientificos y demas informacion que se iere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y biental y de vigilancia de salud publica	SI	En este como en los demas meses de labor se tendran en cuenta las politicas institucionales	Se aplica las politicas
rmar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada	SI	En este como en los demas meses de labor se tendran en cuenta las politicas institucionales	Se aplica las politicas
var de forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificacion	SI	Se lleva en forma fisica y magnetica	ENVIO DE CORREOS Y ARCHIVOS MAGNETICO
nder y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentada por la unidad	No	Para este mes no hay solicitudes programadas.	No programado
stir a las diferetes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	SI	Reunion mensual de medicamentos seguros, caps 51 zona franca.	Listado de asistencia.
yar la realizacion de de jornadas, actividades y eventos de interes del area de Salud lica o demas actividades de la subred, cuando sea requerido	SI	Lo programado	Lo programado
meover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos os a su responsabilidad	SI	Se tiene custodia de los elementos que la institucion me encomendo	Se entregan soportes
ocer, promover y aplicar las politicas institucionales que caractericen los objetivos porativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfaccion del nte interno y nexterno de la subred	SI	En este como en los demas meses de labor se tendran en cuenta las politicas institucionales	Se aplica las politicas

SERVACIONES: NINGUNA

AL A PAGAR (Número y letras): $ 3,570.149 . Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos M/C.

Yaneth Alexandra Jaramillo Muñoz · CC 52.902.721.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 4-7-63

Elena G.

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52902721	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ	cra 78d 35 36 sur	3007494682	janiexandra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
2020-06	2020-06	I	13/07/2020	44047425	$441.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	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	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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	860903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	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	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.900	441.900

PAGADA

44047425

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52902721	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ		cra 78d 35 36 sur	3007494582	janlexandra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-06	2020-06	I	13/07/2020	44047425	$441.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Depto	Extranjero	Cotiza exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	52902721	JARAMILLO MUÑOZ YANETH ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	1.428.060	228.500	0	0	0	0	EPS005	1.428.060	176.600	14-11	1.428.060	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ

CC 52.902.721 DE BOGOTA

La suma de 3.570.149 por concepto de servicios PROFESIONAL UNIVERSITARIO, OPTOMETRA durante el periodo de 01 julio al 31 de julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 420 /2020

Yaneth Alexandra Jaramillo M.

YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ

CC 52.902.721 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 2170078725