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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		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			7	DE	7	
NÚMERO DE CDP	823	FECHA	05/30/2020	NÚMERO DE CRP	27042	FECHA	06/03/2020			
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	8	2020		31	8	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:	$27.268.646
VALOR EJECUTADO	$23.698.496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,570149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.570.150
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	87%

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
44671430	$1.428.060	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

Dado en Bogotá al mes de AGOSTO 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

YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

203

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 BOSTON FC09					
No. DE CONTRATO:	420-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	08	2.020		31	08	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ		C. C.	52.902.721		DE	BOGOTA		

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar visitas deinspeccion, vigilancia y control toma y envio de muestras (si fuera necesari) y operativos en las diferenes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre sub red y la secretaria de salud	SI	Realizar acciones de IVC a Opticas: 20 en la localidad de bosa, 19 en la localidad de kennedy, 6 en la localidad de puente aranda, 9 en la localidad de fontibon.	Actas de IVC a opticas.
Brindar 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.
presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecido, indicando las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar o realizadas	SI	Informe Mensual	CD
Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilacia sanitaria y otros	SI	Entrega de Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.	Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.
Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse	SI	Lo programado	Lo programado.
formular y ejecutar las acciojnes preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramineto a que hayas lugar de acuerdo a as evaluaciones y recomendaciones obtenidas	NO	No programado	No programado
Mantener la confidencialidad, reserva de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logisticos (sofware), definicion auditoria de los documentos cientificos y demas informacion que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental 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
informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los 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
Llevar 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
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentada por la comunidad	No	Para este mes no hay solicitudes programadas.	No programado
Asistir a las difernetes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	SI	Reunion mensual de medicamentos seguros, caps 51 zona franca.	Listado de asistencia.
Apoyar la realizacion de de jornadas, actividades y eventos de interes del area de Salud Publica o demas activdades de la subred, cuando sea requerido	SI	Lo programado	Lo programado
Promeover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	Se tiene custodia de los elementos que la institucion me encomendo	Se entregan soportes
Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que caractericen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfaccion del cliente 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

OBSERVACIONES: NINGUNA

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

Yaneth Alexandra Jaramillo

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52902721

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.

V.B.

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	52902721	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ	cra 76d 36 36 sur	3007494552	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	
2020-07	2020-07	I	12/08/2020	44671430	$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	890903790-5	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
44671430

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	52902721	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ		cra 78d 35 36 sur	3007494582	janiexandra@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	
2020-07	2020-07	I	12/08/2020	44671430	$441.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto.	Ciudad	Extranjero	Colegio Extranjero	Dominicano	Mes	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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
1	CC	52902721	JARAMILLO MUÑOZ YANETH ALEXANDRA	59	0			N				1													25-14	1.428.060	226.500	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

C.C 52.902.721 DE BOGOTA

La suma de 3.570.49, por concepto de: PROFESIONAL UNIVERSITARIO, OPTOMETRA durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 420/2020

Yaneth Alexandra Jaramillo

YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ

C.C. 52.902.721 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 2170078725