42

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023880997						
CORREO ELECTRONICO:	leidyosorior@gmail.com				CELULAR:	3107214526						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F009K29	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007590389933								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	687-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	30-336	FECHA	26/02/2020	NÚMERO DE CRP	18277	FECHA	29/02/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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.ENFERMERA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2020		31	3	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,254,894										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$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:	$4,882,371
VALOR EJECUTADO	$4,882,371
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,254,894
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 $2.194,508, 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
577670076	877.803	$109,800	$140,500	3	$21,400	**$271,700**

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

JUDY MARCELA LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEIDY MILENA OSORIO ROMERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO EDUCACION			**Sede: BOSA**					
No. DE CONTRATO:	687-2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2,020		31	3	2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO		**C. C.**		1,023,880,997	**DE**		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asitencial en el area de PIC 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. ENFERMERA.

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 afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia segùn parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafólio de servicios de la institucion cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	Realizar Actidades segun lineamiento espacio educatico como se observa a continuacion: * Concertacion Colegios , Ficha Entornos Ambientales Colegios Localidad de Kennedy y Bosa 03-03-2020 Colegio Torcoroma 04-03-2020 Colegio Bella Vista y Colegio Margaritas 05-03-2020 Colegio Argelia y Colegio Hernando Duran Dussan 0-03-2020 Colegio Jaime Garzon * Realizar Ciclo IV 1 Sesion como se Observa a continuacion 09-03-2020 Cursos 9A, 9B, 9C Colegio Bella Vista 13-03-2020 Cursos 9A, 9B, 9C, 10A, 10B, 11A, 11B Colegio Argelia 16-03-2020 Cursos 10A, 10B, 10C Colegio Bella Vista 17-03-2020 8 Cursos Colegio Torcoroma 18-03-2020 Cursos 901, 902, 903, 904, 1001, 1002 Colegio Hernando Dussan 19-03-2020 Cursos 1003, 1004, 1101, 1002, 1003, 1104 Colegio Hernando Dussan 20-03-2020 Cursos 9C, 10A Colegio Jaime Garzon	Actas, Listados y soportes de las actividades realizadas, por profesionales de cada entidad.
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	De la estrategia "SINTONIZARTE" se realizan las actividades programadas de acuerdo al plan de acción, se asiste a las reuniones de equipo y de apropiación de lineamientos de la Secretaria de Salud.	Actas. Listados. Material de apoyo.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	No se realizaron caracterizaciones de escenarios para el presente mes.	No se presentan formatos.
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sud Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	No se realiza jornada recilaton	No se presentan formatos.
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizafas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	No se realizaron canalizaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos.	No se presentan formatos.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Presentación de soportes a profesional de apoyo y supervisora de contrato, en custodia para auditoria.	Acta.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	No se realizaron notificaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos.	Formato de notificación.
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se conocen e informa cuando es pertinente sobre los derechos y deberes en la ejecución de las acciones.	Acta.
Facilitar los procesos de Veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	No se realizaron procesos de veeduria durante el mes.	Acta.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Presentación de soportes a profesional de apoyo y supervisora de contrato.	Acta.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realizan los ajustes correspondientes de acuerdo a pre auditoria realizada por profesional de apoyo.	Ajustes a los productos entregados.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requerido.	SI	Se presenta y diligencia el drive con el cronograma.	Cronograma, informe de actividades.
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sud Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Apropiación de lineamientos con el equipo del espacio educación.	Listado de asistencia, formatos diligenciados.
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma auditora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad.	SI	Se presentan soportes a profesional de apoyo y supervisora de contrato para la custodia y presentación de auditoria. No se generaron glosas del proceso de	No se generan productos.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se da un uso adecuado a los equipos y bienes de la sub red.	No se generan productos.
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.	SI	se cumplen los lineamientos establecidas por la ESE	ninguno
Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred.	SI	Se participa en los conversatorios de la subred	ninguno
Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	SI	Se tiene en cuenta durante las accines programadas	ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 3.254.894) TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.

Leidy Osorio

LEIDY MILENA OSORIO ROMERO C.C. 1023880997

CONTRATISTA Leidy Osorio

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido 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	1023880997	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO	CLL 43 B BIS N. 3 C 53 ESTE	3633501	leidyosonor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTA D. C.	BOGOTA 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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I		41288720	$439.800	

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	164.700	32.200		0		0	0	0	0	196.900	2

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
231001	Colfondos	800227940-6	210.800	0	0	0	0	0	0		210.800	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	32.100				32.100	0	0	32.100			321	32.100	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	196.900	196.900
Pensión	1	210.800	210.800
Riesgos Laborales	1	32.100	32.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	439.800	439.800

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	1023880997	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO		CLL 43 B BIS N. 3 C 53 ESTE	3633501	leidyosonor@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I		41288720	$439.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
TI	1011083284	OSORIO ROMERO SHARICK DANIELA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	32.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1023880997	OSORIO ROMERO LEIDY MILENA	59	0			N																	23100I	1.317.000	210.800	0	0	0	0	EPS008	1.317.000	164.700	14-11	1.317.000	3	32.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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