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 Fecha de aprobación: 09/11/2016 Código: 15-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

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: ESPACIO EDUCATIVO					Fontibon							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	F009				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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590389933								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			**8 DE 8**				
NÚMERO DE CDP	1245	FECHA	27/08/2020	**NÚMERO DE CRP**	34294	**FECHA**	30/08/2020				
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	9	2020		30	9	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
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:	$25.641.200
VALOR EJECUTADO	$25.641.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45399484	1.428.059	178.600	228.500	3	34.800	**441.900**

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

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

LEIDY MILENA OSORIO ROMERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	ESPACIO EDUCATIVO- SALUD PUBLICA		**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	687-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO		**C. C.**	1.023.880.997			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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 ESE de acuerdo al requerimiento Institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines del perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad oportuna y pertinencia según parámetros descritos del componente espacio y/o proyectos especiales acciones de inspección vigilancia y control, redes, mesas consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sea requerido y asignados, en el contrato vigente entre la red sur occidente y la secretaria distrital de salud	no	Cronograma de actividades Espacio educativo: Realización de 70 sesiones de ciclos de salud mental en colegios de la subred sur occidente. 6 sesiones de colegio san bonofacio, 6 sesiones de colegio ciudad de cali, 11 colegio bogota, 29 colegio integrado de fontibon,18 gran colombiano.	base de datos, actas y listados
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-subred sur occidente	SI	Cronograma de actividades Espacio educativo: Realización de 70 sesiones de ciclos de salud mental en colegios de la subred sur occidente.6 sesiones de colegio san bonofacio, 6 sesiones de colegio ciudad de cali, 11 colegio bogota, 29 colegio integrado de fontibon,18 gran colombiano.	base de datos, actas y listados
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	no	No aplica para el mes	Ninguno
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	Ninguno
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articularel PIC	no	No aplica para el mes	Ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	no	Se realiza alistamiento de soportes y entrega de los mismos previos a proceso de auditoria	Actas
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	si, según demanada	via correo electronico
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	si	De acuerdo a lo que se presente	Ninguno
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	no	no aplica para el mes	Actas seguimiento
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se entregan los soportes de actividades del mes	Acta, base positivos Covid 19
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	no	No aplica para el mes	Ninguno
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	De presentarse glosas se respondera	Ninguno
Se realiza canalización a los casos identificados prioritarios y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones instituciones distintas al sector salud	SI	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos ya sea para SIVIM, SISVAN, SISVECOS, SIVIGILA, Canalizaciones de la subred surocciente.	Se realizan notificaciones de acuerdo a la identificacion de necesidad
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	SI	Facilitar procesos de veeduria ciudadana y participacion social , con el fin de fortalecer la gestion.	En caso de presentarse se realizara veeduria.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos, o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	SI	Se vela por los recursos otorgados por la unidad de servicios de salud.	
Pagar sus aportes a sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los 10 primeros días calendario de cada mes	SI	Se paga mensualmente los aportes	Soporte de pago por medio de la planilla de pago del mes.
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	Se da cumplimiento a las lineamientos según lo establecido desde la secretaria distrital de salud realizando la respectiva lectura de lineamientos de espacio educación	
Aplicar las políticas de calidad de la institución y participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión.	SI	Cronograma de actividades Espacio educativo: Realización de 100 caracterizaciones de la poblacion en riesgo en zona naranja de las localidades priorizadas localidad de Kennedy UPZ Las margaritas, Gran Britalia y localidad de Bosa UPZ Bosa occidental.	Formato de ficha de caracterización para el abordaje de zonas de cuidado especial, formato de identificación de población
Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos	SI	Cronograma de actividades Espacio educativo: Realización de 100 caracterizaciones de la población en riesgo en zona naranja de las localidades priorizadas localidad de Kennedy UPZ Las margaritas, Gran Britalia y localidad de Bosa UPZ Bosa occidental.	Formato de ficha de caracterización para el abordaje de zonas de cuidado especial, formato de identificación de población

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.570.139 (Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos m/c)

LEIDY OSORIO ROMERO CC 1023880997 DE BOGOTÁ

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	1023880997	LEIDY MILENA OSORIO ROMERO	CLL 43 B BIS N. 3 C 53 ESTE	3633501	leidyosorior@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	
2020-08	2020-08	I	15/09/2020	45399484	$466.200	

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	177.000	28.200		0		0	0	0	0	205.200	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	226.500	0	0	0	0	0	0		226.500	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	34.500				34.500	0	0	34.500			345	34.500	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	205.200	205.200
Pensión	1	226.500	226.500
Riesgos Laborales	1	34.500	34.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	466.200	466.200

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	leidyosorior@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	
2020-08	2020-08	I	15/09/2020	45399484	$466.200	

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	Reingreso	INGRESO	RETIRO	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
TI	1011083284	OSORIO ROMERO SHARICK DANIELA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	28.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0
CC	1023880997	OSORIO ROMERO LEIDY MILENA	59	0			N																	231001	1.415.449	226.500	0	0	0	0	EPS008	1.415.449	177.000	14-11	1.415.449	3	34.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

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:

LEIDY MILENA OSORIO ROMERO

CC 1023880997 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3.570.149 (Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos m/c), por concepto de servicios Profesional de Enfermera Profesional Universitario 2, durante el periodo del 01 septiembre de 2020 al 30 de septiembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 687/2020



LEIDY MILENA OSORIO ROMERO

CC 1023880997 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590389933