A.M.

122.

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	09/11/2018
		Código	16.02.FO.6002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Carmen Patricia Navarro Gomez												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	28521266						
CORREO ELECTRONICO:	enfermeranavarro@gmail.com					CELULAR:	3104046192						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							FONTIBON						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA					SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%									
	F009K27	40%	F009K32	60%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA					TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67361221882						PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	889-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	336, 505	FECHA	26/02/2020, 03/04/2020	NÚMERO DE CRP	18447, 21177	FECHA	29/02/2020, 04/04/2020				
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.										
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	4	2020		30	4	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 3.254.894										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$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:	$10.090.172
VALOR EJECUTADO	$7.160.771
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.278.430
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.929.401
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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 $ 2194508, 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
1028922248	$1.301.958	$162.800	$208.400	3	$31.800	**$403.000**

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

Claudia Patricia Prieto

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

patricia Navarro Gomez

CARMEN PATRICIA NAVARRO GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

UNIDAD DE SERVICIO:	ESPACIO VIVIENDA - SALUD URBANA			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	4523-2019	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN PATRICIA NAVARRO GOMEZ			C. C.		28.821.288		DE	LIBANO,TOLIMA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los lineamientos, procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

S.S.T. 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
1. Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a los establecidos por los lineamientos, estandares y normatividad con criterios de oportunidad, calidad, oportunidad y pertinencia segun parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos asignados, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, comité de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Durante el mes de Abril 2020 se cumple con las actividades de cronograma diario, adherencia a los lineamientos.Seguimientos a usuarios cohorte cronicos-vigilancia COVID 19 - acorde con la frecuencia estipulada en lineamiento.	acta Base de datos con registro de los seguimientos. Cronograma diario
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por SDS - ESE.	SI	Durante el mes de Abril 2020 se cumple con las actividades de cronograma diario, adherencia a los lineamientos.Seguimientos a usuarios cohorte cronicos-vigilancia COVID 19 - acorde con la frecuencia estipulada en lineamiento.	acta Base de datos con registro de los seguimientos. Cronograma diario
3. Realizar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva caracterización.	NO	Realiza seguimientos a las actvaciones de rutas realizadas por el profesional	NA
4. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	NO	notificacion de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	NA
5. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos de acuerdo a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	SEGUIMIENTOS DE usuarios intervenidos por el profesional, brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	acta Base de datos con registro de los seguimientos . Cronograma diario
6. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	acta Base de datos con registro de los seguimientos . Cronograma diario
7. Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	acta n cronograma Listado de reunión de equipo mensual
8. Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	se asiste asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	acta de asistencia
9. Realizar actividades de contención y mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito capital en el marcodel contrato PSPIC utilizando de recursos telefónicos tecnologicos de protección	SI	componente de vivienda . COVID 19-vigilancia	acta de asistencia/base de seguimientos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): $2.929471 Dos millones novecientos veinti nueve cuatro ciento uno pesos m/c

Patricia Navarro Gomez.

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA - CARMEN PATRICIA NAVARRO GOMEZ CC 28821288

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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

Fecha creación reporte 2020-04-15, 01:26:09 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1028922248 **Referencia pago(PIN)** 8815199[illegible]

Periodo Cotización 202003 **Periodo Servicio** 202003

Cliente:

PAGADA 2020-04-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN PATRICIA NAVARRO				
Documento	CC 28821288	**Dirección**	CLL 82 B NO 95 14 IN 14 APTO 305		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104046192		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 28821288		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					NAVARRO GOMEZ CARMEN PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
0 30 30 30 0			$ 1.301.668	231001		16 %	$ 1.301.668	$ 208.400	$ 0	$ 0

Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
EPS017		12.5 %	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.400	$ 0	$ 0	$ 162.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 32 - Barranquilla: 381 88 30 - Resto del País: [illegible]
¡Más que Fácil, SIMPLE!