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	

209

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			12	DE	12	
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	11/26/2020	NÚMERO DE CRP	51658	FECHA	11/30/2020			
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	12	2020		31	12	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:	$38.580.585
VALOR EJECUTADO	$38.580.585
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,570149
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 **$2,194,507**, 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
47280252/47313364	$1.668.656	$208.600	$267.000	3	$40.700	**$516.300**

Dado en Bogotá al mes de DICIEMBRE 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

Secretaría de Salud — 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	

icación 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	12	2.020		6	12	2.020
MBRE DEL CONTRATISTA:	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ		C. C.		52.902.721		DE	BOGOTA	

JETO 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

esultado 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 uestras (si fuera necesari) y operativos en las diferenes lineas de intervencion o tividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea signado, a fines al perfil profesional conforme a fo establecido en los documentos cnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre sub red y la secretaria salud.	SI	Realizar acciones de IVC a Opticas: 20 en la localidad de bosa, 20 en la localidad de kennedy, 5 en la localidad de puente aranda, 5 en la localidad de fontibon Y 1 Operativos	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.
esentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecido, indicando las tividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como ; respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar o realizadas	SI	Informe Mensual	CD
tregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en ilacia sanitaria y otros	SI	Entrega de Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.	Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas.
ompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse	SI	Lo programado	Lo programado.
mular y ejecutar las acciojnes preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramineto a e hayas lugar de acuerdo a as evaluaciones y recomendaciones obtenidas	NO	No programado	No programado
antener la confidencialidad, reserva de los sistemas de información, derechos de autor desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logisticos ıfware), definicion auditoria de los documentos cientificos y demas informacion que se nere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y ıbiental 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
ormar 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
evar 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
ender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentada por la nunidad	No	Para este mes no hay solicitudes programadas.	No programado
stir 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.
oyar la realizacion de de jornadas, actividades y eventos de interes del area de Salud olica o demas actividades de la subred, cuando sea requerido	SI	Lo programado	Lo programado
omeover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dos a su responsabilidad	SI	Se tiene custodia de los elementos que la institucion me encomendo	Se entregan soportes
nocer, 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
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC 52.902721

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

: 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	52932721	YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ	cra 78d 35 36 sur	3007494582	janiexandra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	1	10/12/2020	47280252	$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	830603790-5	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

47280252

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 78H 36 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	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	10/12/2020	47280252	$441.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Estudiante	Cotizante exterior	Exonerado	IGE	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	DNP	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SLE	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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															25-14	1.428.060	228.500	0	0	0	0	EPS005	1.428.060	176.600	14-11	1.428.060	5	34.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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
47280252	10/12/2020				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	N	11/12/2020	47313364	$74.400

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	30.000	0		0		0	0	0	0	30.000	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	38.500	0	0	0	0	0	0		38.500	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	830903790-5	5.900				5.900	0	0	5.900			59	5.900	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	30.000	30.000
Pensión	1	38.500	38.500
Riesgos Laborales	1	5.900	5.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	74.400	74.400

PAGADA 47313364

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
47280252	10/12/2020				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	N	11/12/2020	47313384	$74.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF	PARAFISCALES							
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Extranjero no obligado a cotizar	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	1.668.656	267.000	0	0	0	0	EPS005	1.668.656	208.600	14-11	1.668.656	3	40.700		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 52902721 DE BOGOTA

La suma de $ 3.570.149, por concepto de: PROFESIONAL UNIVERSITARIO OPTOMETRA durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 420-2020

Yaneth Alexandra Jaramillo Muñoz

YANETH ALEXANDRA JARAMILLO MUÑOZ

C.C. 52.902.721 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 2170078725