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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,030,561,373							
CORREO ELECTRONICO:	adrianazam0824@gmail.com				CELULAR:	3203996557							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462200015594								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	6093-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	1381	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	44291	FECHA	30/09/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Presta servicios de apoyo 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. E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional DIGITADORA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2020		31	10	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,647,761									
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:	$2,801,194
VALOR EJECUTADO	$2,801,194
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,647,761
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
7767017684	$877,803.00	$76,900	$98,400	3	$15,000	**$190,300**

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

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS
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	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA-PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO94									Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	6093-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	10	2,020		31	10	2,020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS		C. C.		1,030,561,373		DE		BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. DIGITADORA

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manuel de Convivencia según los descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI	SI	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO CON LA CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA ESPERADA DE ACUERDO AL MANUAL TECNICO ADMINISTRATIVO PAI	SE ACEPTA Y SE FIRMA EL MANUAL DE CONVICENCIA
Digitacion de los registros de vacunacion de la estrategia extramural	SI	SE DIGITAN LOS REGISTROS DIARIOS DEL GRUPO EXTRAMURAL Y DEACUERDO A CADA ESTRATEGIA DE LA SUBRED 2000 REGISTROS DEL ESQUEMA REGULAR E INFLUENZA DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON, PUENTE ARANDA, KENNEDY Y OTRAS CONCENTRACIONES HASTA LA FECHA	SE HACE EL REGISTRO DE CADA USUARIO
Actualizacion en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural.	SI	SE REALIZA LA ACTUALIZACION DEL ESQUEMA DE VACUNACION DE LOS NIÑOS Y ADULTOS EN EL APLICATIVO PAI	SE REALIZA EN APLICATIVO LAS ACTUALIZACIONES DE CARNET DE VACUNACION.
Diligenciamiento del formato 8 (no ingreso) para consolidado de fin de mes.	SI	SE DILIGENCIA EL FORMATO DEL MOTIVO DE LOS NO INGRESADOS.	SE DA CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 8
Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO CORRESPONDIENTE, CON CALIDAD DE DATOS EN EL SIS 150 Y APLICATIVO PAI.	SE SOLICITA AL JEFE INMEDIATO LOS INSUMOS NECESARIOS Y SE REPORTAN OPORTUNAMENTE ANOMALIAS.
Asistir a reuniones programadas locales y distritales.	SI	SE ASISTIO A LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL GRUPO EXTRAMURAL COMITÉ PAI	PROGRAMADO PARA FIN DE MES
Diligenciar de anera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestion documental.	SI	SE CUMPLE A CAVALIDAD	SI SE CUMPLIO
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	SI	SE CUMPLE A CAVALIDAD	SI SE CUMPLIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1,647,761) UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESO MCTE

ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS
1.030.561.373
NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jeny Andrea Arroyo B.

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

V. B.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030561373
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 12 A 71 C 21	TELÉFONO:	4619074
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7767017684**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		768158263	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 98.400
SUBTOTAL:			1	**$ 98.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 76.900
SUBTOTAL:			1	**$ 76.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 15.000
SUBTOTAL:			1	**$ 15.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 190.300**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030561373
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 12 A 71 C 21	TELÉFONO:	4619074
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7767017684	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	768158263

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 98.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 98.400	$ 0	$ 98.400
SUBTOTALES:										**$ 98.400**	**$ 0**	**$ 98.400**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 76.900
SUBTOTALES:													**$ 76.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 76.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.000	$ 15.000	$ 0	$ 0	$ 15.000
SUBTOTALES:									**$ 15.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1030561373	ZAMBRANO CUEVAS ADRIANA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803		NO	10																	25-14 COLPENSIONES	21	$ 614.463	$ 98.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 98.400	EPS002-SALUD TOTAL	21	$ 614.463	$ 76.900	$ 0	$ 76.900	14 - ARL SURA	21	$ 614.463	1030561373	$ 15.000	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 190.300**

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS

CC 1.030.561.373 DE BOGOTA.

La suma de $ 1.647.761 Un millón seiscientos cuarenta y siete mil setecientos sesenta y un pesos por concepto de servicios DIGITADORA durante el periodo de 01/10/2020 al 31/10/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6093-2020.

ADRIANA PAOLA ZAMBRANO CUEVAS

CC 1.030.561.373 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 462200015594