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	9/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ STELLA ANGEL GUITIERREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51721057	
CORREO ELECTRONICO:	luzstellaangel100@gmail.com				CELULAR:	3138379453	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON				SEDE:	FONTIBON	
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	[illegible]						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo: [illegible]	%: 100%	Centro de costo:	%:	Centro de costo:	%:	Centro de costo: / %: / Centro de costo: / %:
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71448552548				PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4786/2020	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2DE 4		
NÚMERO DE CDP	[illegible]	FECHA	[illegible]	NÚMERO DE CRP	[illegible] / [illegible]
	[illegible]		[illegible]	FECHA	[illegible] / [illegible]
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.-higienista oral				

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2020		30	6	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015				RESERVA DE GLOSA 2%	$0		
TIPO DE SERVICIOS	PIC							

OBSERVACIONES: se realiza aporte a fondo de pensiones por 2 de 4 de acuerdo al desprendible de pago parcial a pension reglamentado en la resolucion 686 del 2020

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.625.490
VALOR EJECUTADO	$3.231.459
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.148.333
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.394.030
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	42%

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 [illegible]% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9406903203	$877.803,00	$109.800	[illegible]	3	$21.400	$175.200

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

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Stella Angel G

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	F009			**Sede: fontibon F009**				
No. DE CONTRATO: 4786-2020		**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ		**C. C.**	51.721.057		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil tecnico conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio.	SI	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 que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
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-ESE.	SI	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 que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional teniendo en cuenta las necesidades de las familias	No aplica para el mes certificado
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadastanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente ESE, o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	Según requerimiento de la Subred.	No aplica para el mes certificado
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS	SI	Se realiza activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a las necesidades de las familias.	Formato de canalizacion y activacion de ruta.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora y/o SDS.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Se realiza Notificacion de eventos de interes en salud publica requeridas según caracterizacion de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se informa a los individuos/ familias o colectivos sobre sus derechos y deberes en los diferentes encuentros que se tienen con ellos.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
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 contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	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	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Velar y responder por los recursos yadecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos	Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos
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 que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS

TOTAL A PAGAR : (Número y letras) 2,148,333 DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

CONTRATISTA: LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ CC51721057 51.721.057

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Patricia Pineda C

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	38187806	9406903203	I	2020/06/12	2020/06/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$175,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			**$877,803**	**$17,600**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Deptn: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			**$877,803**	**$17,600**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
1	CC	51721057	ANGEL LUZ	230301	30	$877,803	$26,400	EPS005	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$17,600	14-11	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			**$877,803**	**$17,600**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTÁ-BOGOTA D.E.	6852985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	38187806	9406903203	I	2020/06/12	2020/06/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$175,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$175,200	$0	$0	$175,200

2020/06/03 04:26 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Luz Stella Ángel Gutiérrez

CC 51.721.057 DE Bogotá

La suma de Dos millones ciento cuarenta y ocho mil trescientos treinta y tres mil pesos m/cte. ($2.148.333), por concepto de servicios como Auxiliar de Higiene Oral, 1 Técnico durante el periodo de 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4786/2020

Luz Stella Ángel Gutiérrez

Luz Stella Ángel Gutiérrez

CC 51.721.057 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 71448552548

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

	La salud es de todos	Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luz Stella

Apellidos: Angel Gutierrez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 51721057

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 01 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	16-06-20	SC FLU USO220001	28/01/21 Centro dia
Otras				