| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA CONSTANZA MENDOZA HERRERA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 53075900 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | DIANACOME50@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3144027640 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870351774 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4383-2020 | | | N. DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 3 | DE | 4 | |
| NÚMERO DE CDP | 708 | FECHA | 30/04/2020 | NÚMERO DE CRP | 25965 | FECHA | 03/05/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales especializados a 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. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 5 | 2020 | | 31 | 5 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.972.074 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: Valor a cobrar por meta adicional

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $10.857.002 |
| VALOR EJECUTADO | $10.459.795 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.972.074 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $397.207 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

**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 3% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 42497909 | $1.588.829 | $198.603 | $47.664 | 3 | $38.703 | **$284.970** |

Dado en Bogotá al mes de MAYO del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertintente. Cordialmente,

**JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR**

**DIANA CONSTANZA MENDOZA HERRERA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

15

| | | | |
|---|---|---|---|
| Elaborar y Consolidar respuesta de Glosas Parciales y Definitivas | NO | No se programaron este mes | NA |
| Realizar el direccionamiento técnico de la línea de intervención correspondiente, en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC. | SI | Se socializan lineamientos, plan de accion y entrega de metas al equipo que hace parte del proyecto AISPPE | Actas de reunion |
| Presentar los soportes de las actividades ejecutadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato PSPIC en los procesos de asistencia técnica, seguimiento y control programados por la SDS. | NO | No aplica para el periodo a certificar | NA |
| Elaboración y remisión de la información solicitada por SDS o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna | SI | Se radica Plan de Accion Proyecto AISPPE. Informe 7523 Abril 2020 | Oficio y Matriz 7523 |
| Realizar, consolidar y entregar productos derivados de los procesos del liderazgo de las líneas operativas de manera mensual máximo el 4 dia hábil del mes siguiente al desarrollo de sus actividades. | SI | Se envian soportes de lider Proyecto AISPPE de la linea ETOZ y lider COVID-19 | Actas de reunion |
| Generar procesos de articulación de vigilancia en salud ambiental con Vigilancia en Salud Pública, espacios de vida cotidiana y gobernanza; así como participar en las acciones transversales según los productos y actividades de los lineamientos del PSPIC | NO | No se realizo para el periodo | NA |
| Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables. | SI | Se realiza solicitud de insumos para el Proyecto AISPPE de la Línea ETOZ | Soportes |
| Realizar programaciones, redistribuciones y reformulación de las intervenciones de cada una de las líneas de intervención teniendo en cuenta la dinámica de talento humano y demás particularidades de las localidades objeto del desarrollo de actividades. | NO | No se realizo para el periodo | NA |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución. | SI | se cumple con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos | Informe |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios | SI | Se mantiene, desarrolla e implementa la vision y la mision de la subred se implementa y promociona el portafolio de servicio | Divulgación |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | SI | Se obra con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | NA |
| Realizar acciones enfocadas a apoyar emergencia sanitaria causada por pandemia Coronavirus Covid 19. | SI | Se realizan acciones enfocadas a apoyar emergencia sanitaria causada por pandemia Coronavirus Covid 19. | Formatos, fichas, actas de las acciones realizadas, Bases alimentadas |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato. | SI | Se pagan aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente. | Planilla de pago |

**OBSERVACIONES: NINGUNA**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.972.074 TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA CONSTANZA MENDOZA HERRERA, **CC 53.075.900 Btá**

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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 | 53075900 | DIANA CONSTANZA MENDOZA HERRERA | CALLE 7 C 70 B 42 | 4146261 | diana_come@hotmail.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-04 | 2020-04 | I | 08/05/2020 | 42497909 | $282.400 | |

## 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 | 196.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 196.700 | 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 | 47.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 47.300 | 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 | 38.400 | | | | 38.400 | 0 | 0 | 38.400 | | | 384 | 38.400 | 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 | 196.700 | 196.700 |
| Pensión | 1 | 47.300 | 47.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 38.400 | 38.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 282.400 | 282.400 |

42497909

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 | 53075900 | DIANA CONSTANZA MENDOZA HERRERA | CALLE 7 C 70 B 42 | 4146261 | diana_come@hotmail.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 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-04 | 2020-04 | I | 08/05/2020 | 42497909 | $282.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Depto | Extranjero | Cotiz. exterior | Estudiante | ING | RET | VSL | 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 | 53075900 | MENDOZA HERRERA DIANA CONSTANZA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.573.500 | 47.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.573.500 | 196.700 | 14-11 | 1.573.500 | 3 | 38.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información