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: 15-03-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52958829							
CORREO ELECTRONICO:	andrecaro1313@gmail.com				CELULAR:	3142489632							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBÓN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007070964489										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5021-2020			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	50424	FECHA	06/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales 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	11	2020		30	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.639.402
VALOR EJECUTADO	$9.639.402
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

☒ **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 **2.194.508** 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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
46274483	$1.428.059	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

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

Claudia Patricia Prieto Caicedo

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andrea Carolina Gómez V

ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0048

Ubicación del Servicio:	FOSI				**Sede: FONTIBÓN**				
No. DE CONTRATO:	6021-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO		**C. C.**		52.958.929		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos: Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, aspecto y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Revisión de investigaciones de campo de usuarios covid positivos o probables, correciones y radicaciones	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
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	Se presentan los soportes que dan cuenta de cada una de las acciones realizadas durante el mes de SEPTIEMBRE,correspondiente al archivo asignado por profesional de apoyo	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
Facilitar 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 retroalimentación.	SI	No se programa para este mes	No se realizan en el mes
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se realizo entrega de acuerdo a la solicitud por profesional de apoyo durante el mes de SEPTIEMBRE, según solicitud del profesional de apoyo	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las precauciones del referente del espacio asignado.	SI	Se realizan ajustes de acuerdo a las recomendaciones de la profesional de apoyo	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos .	SI	Se realiza entrega de acuerdo a la solicitud por profesional de apoyo durante el mes de SEPTIEMBRE, según solicitud del profesional de apoyo	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de cualquier 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.	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se realiza asistencias técnicas en VSP	Acta y listados de asistencia, que den cuenta de la participación
Entregar el referente backup de información en magnético de manera mensual.	SI	Se realiza entrega diaria y semanal de producto de acuerdo a la solicitud de profesiona de apoyo	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de
Apoyar en jornadas, eventos y otras actividades de interés en salud pública cuando sea requerido por el hospital y participar en las actividades de planeación y formulación programadas por la SDS, entorno saludable e instituciones o entes externo competentes.	NA	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital,para la identificación y atención de casos nuevos y trazados de contactos	SI	Realizar el revisión de IEC de casos y contactos de alertas por coronavirus de acuerdo a los protocolos.	Envio de casos revisados por correo electrónico par su radicación. Formato de lista de chequeo IEC

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/Cte ($3.570.149)

Andrea Carolina Gomez V.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO CÉDULA 52958929

Claudia Gomez Heredia

Fecha y firma de recibido supervisor

Nota: 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	52853929	ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO	KR 18 #93 a 46	3142169532	andreacarol13@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1- 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 APO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	1	10/11/2020	65276083	$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					
EPS008	Compensa EPS	860066942-7	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
231001	Colfondos	800227940-4	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	830031760-5	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 Administradoras	No. Administradoras Reportadas	Valor sales 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

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	52958829	ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO		KR 18 # 33 a 45	3142489832	andretaro13@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	3 – 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	
2020-10	2020-10	1	10/11/2020	46274483	$441.000	

DETALLE POR COTIZANTE

COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Dep.	Ubic.	Sal. Int.	Ext.	Vol.	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	ING	RET	Días Cotizados	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	Días Cotizados	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52958829	GOMEZ VALERO ANDREA CAROLINA	68	0			N						X										30	23100	1.428.959	228.600	0	0	0	0	EPS008	1.428.959	178.600	14-11	1.428.959	3	24.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 11/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO

CC 52958929 DE BOGOTA

La suma de 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS MTC. Por concepto de servicios como Psicóloga Profesional Universitario 2 durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6021/2020

Andrea Carolina Gómez V

ANDREA CAROLINA GOMEZ VALERO

CC 52.958.929 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007070364489