| 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: | MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1192746379 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | VERONICAESTRADA2806@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3223902756 | | | | | | | |
| 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: | | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 99664280562 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4386-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 4 DE 6 | | | |
| **NÚMERO DE CDP** | 823 | FECHA | 30/05/2020 | **NÚMERO DE CRP** | 27571 | **FECHA** | 06/03/2020 | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 6 | 2020 | | 30 | 6 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.148.334 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: NINGUNA SE REALIZA APORTES AL FONDO DE PENSIONES POR 3%DE ACUERDO AL BENEFICIO DE PAGOPARCIAL A PENSION REGLAMENTADA EN LA RESOLUCION 686 2020

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.383.160 |
| VALOR EJECUTADO | $8.989.130 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.148.334 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4.394.030 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION | 67% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1029678609 | $877,803 | $109.800 | $26.400 | 3 | $21.400 | **$157.600** |

**Dado en Bogotá al mes de junio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,**

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

**MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

11a

| 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:** | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | **SEDE: FONTIBON FO09** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4386- 2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **Dia** | **Mes** | **Dia** |
| | | | 1 | 6 | 2.020 | 30 | 6 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA | | **C. C.** | 1.192.746.379 | | DE | SOACHA | |

**OBJETO DE 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 X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| APLICAR ENCUESTA DE CARACTERIZACION DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA POR EXPOSICION A CONTAMINACION DEL AIRE, APLICACIÓN DE ENCUESTA SOBRE EFECTOS AUDITIVOS Y/O EXTRA AUDITIVOS ASOCIADOS A RUIDO POR INMISION, APLICACIÓN DE ENCUESTAS SOBRE SINTOMAS NO ESPECIFICOS Y FACTORES DE RIESGO ASICIADOS A LA EXPOSICION DE RADIACIONES ELECTROMAGNÉTICAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO | SI | SE REALIZO 85 ENCUESTAS EN AIRE, REM Y RUIDO HABITACIONAL Y ESTUDIANTES | SE REALIZO 85 ENCUESTAS EN AIRE, REM Y RUIDO HABITACIONAL Y ESTUDIANTES |
| SELECCIONAR LA POBLACION QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE DIARIOS DE SINTOMAS | NO | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES |
| DIGITACION SEMANALMENTE DE INFORMACION DE LA VIGALANCIA EPIDEMIOLOGICA, AMBIENTAL Y SANITARIA DE LAS TEMATICAS DE LA LINEA AIRE,RUIDO Y RADIACION ELECTROMAGNETICA EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN LA TEMATICA | NO | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES |
| DEFINICION DE UNIDADES CENTINELA A EXPOSICION A CONTAMINACION DEL AIRE, RUIDO Y RADIACION ELECTROMAGNETICA PARA LA VIGILANCIA | NO | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES | NO PROGAMADO PARA ESTE MES |
| DEFINICION DE UNIDADES CENTINELA A EXPOSICION A CONTAMINACION DEL AIRE, RUIDO Y RADIACION ELECTROMAGNETICA PARA LA VIGILANCIA | NO | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES | NO PROGAMADO PARA ESTE MES |
| dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acion con base a las fichas tecnicas y liineamientos definidos por la SDS-ESE, caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de actividades según defina el lineamie | SI | se realiza búsqueda de menores y mayores. De acuerdo con los parametros establecidos en los lineamientos | Se entrega la cantidad de mayores y menores requerida. |
| participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion comunitarias institucionales entre otras) programadas tanto por la SDS como por la subred suroccidente o las comtempladas en el plan de accion del espacio asignado. | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| REALIZAR ATENCION A QUEJAS INDIVIDUALES Y/ O COLECTIVAS REALCIONADAS CON TEMATICAS DE LA LINEA DEL AIRE INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, INSTALACION DE INFRAESTRUCTURA ELECTRICA Y DE COMUNICACIONES, NIVELES DE MONOXIDO DE CARBONO INTRAMURAL, NIVELES DE INMISION DE RUIDO,INCUMPLIMIENTO DE ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO, OLORES OFENSIVOS, INCLUYE ELABORACION DE RESPUESTA OFICIAL | NO | SE ATENDIERON 0 QUEJA INDIVIDUAL Y/ O COLECTIVAS RELACIONADAS CON TEMATICAS DE LA LINEA DEL AIRE INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, INSTALACION DE INFRAESTRUCTURA ELECTRICA Y DE COMUNICACIONES, NIVELES DE MONOXIDO DE CARBONO INTRAMURAL, NIVELES DE INMISION DE RUIDO,INCUMPLIMIENTO DE ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO, OLORES OFENSIVOS, INCLUYE ELABORACION DE RESPUESTA OFICIAL | NO PROGRAMADO |
| cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| conocer y aplicar los correctos en la realizacion y aplicación de tratamientos y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar brindando la educacion | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| PRESENTAR Y ENTREGAR INFORMES OPORTUNAMENTE EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS, INDICANDO CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y SUS RESPECTIVOS SOPORTES QUE SUSTENTEN LAS ACTIVIDADES, ASI COMO LOS RESPECTIVOS CRONOGRAMAS, DE LAS VISITAS O ACCIONES A REALIZAR Y REALIZADAS | SI | SE PRESENTO Y ENTREGO LOS INFORMES OPORTUNAMENTE EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS, INDICANDO CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y SUS RESPECTIVOS SOPORTES QUE SUSTENTEN LAS ACTIVIDADES, ASI COMO LOS RESPECTIVOS CRONOGRAMAS, DE LAS VISITAS O ACCIONES A REALIZAR Y REALIZADAS | ENCUESTAS, ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| aportar el cumplimiento de las metas programadas por la intitucion | SI | No programada para este mes | No programada para este mes |
| asistir a reuniones programadas por ESE y/o entidad territorrial | SI | SE PROMUEVE EL CUIDADO Y CUSTODIA DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL Y RESPONDER POR LOS ELEMENTOS DADOS A SU RESPONSABILIDAD | SE MANTIENE LA CUSTODIA |
| asistir a reuniones programadas por ESE y/o entidad territorrial | SI | Reunion transmisibles (23/4/20) Reunion Equipo VSP | Acta de reunion transmisibles, comité pai, con respectivos listado de asistencia. |
| conocer y aplicar los lineamientos del pograma con el fin de garantizzar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI | SI | No programada para este mes | No programada para este mes |
| realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de rutas realizadas a los diferentes servicios asisitenciales y sociales para articular el PIC y POS | SI | NO PROGAMADA | NA |
| realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de rutas realizadas a los diferentes servicios asisitenciales y sociales para articular el PIC y | SI | No programada para este mes | No programada para este mes |

**OBSERVACIONES**

**TOTAL A PAGAR ($2 148334 DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MILTRECIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS):**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Veronica Ocampo 1192746379

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

**Fecha creación reporte** 2020-06-16, 02:51:50 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1029678609 **Referencia pago(PIN)** 8810996250

**Periodo Cotización** 202005 **Periodo Servicio** 202005

**Cliente:**

**PAGADA 2020-06-16**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA | | |
| **Documento** | CC 1192746379 | **Dirección** | CLL 48 30 71 ESTE |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3223902756 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO — **Total Afiliados** 1 |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |

## II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1192746379 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | OCAMPO ESTRADA MARIA VERONICA | 25754000 - 25 | | CUNDINAMARCA |

## III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 |

| Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS |
| | | $ 877.803 | 230301 | | 3 % | $ 877.803 | $ 26.400 | $ 0 | $ 0 |

| Salud | | | | | | Riesgos | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos |
| EPS008 | | 12,5 % | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 877.803 | $ 21.400 |

| Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

## IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 26.400 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 157.600 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 062020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A: MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA

CC: 1192746379

La suma de 2.148.334 por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERÍA durante el periodo de 01 al 30 de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 396/2020

Veronica Ocampo.

MARIA VERONICA OCAMPO ESTRADA

CC: 1192746379

CUENTA DE AHORRO BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 99664280562