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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

171

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52231877							
CORREO ELECTRONICO:	yravilan@gmail.com				CELULAR:	3115230421							
UNIDAD DE PRESTACION DE	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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10821808010								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5319-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7	DE	7	
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	55261	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales 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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24.634.028
VALOR EJECUTADO	$24.634.028
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 **minimo** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47233241	$1.428.060	$178.507	$228.489	3	$34.787	**$441.783**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS
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:	**PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL**							**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**		
No. DE CONTRATO:	**5319-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**YOHANA ROCIO AVILA NAVAS**		**C. C.**	**52.231.877**			**DE**	**BOGOTA**	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales 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
Realizar, liderar o apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control, toma y envió de muestras y operativos, en diferentes lineas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud	SI	30 observación y seguimientos al animal agresor, 4 horas Acciones para la operación del área para la vigilancia y control de zoonosis ubicada en la unidad de cuidado animal.	Actas: 30 actas EZ15C, ACTAS DE REUNION.
Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública.	NO	No se programaron este mes	NA
Interlocución entre grupos, sectores sociales y gobierno local que busca interrelación entre los diferentes actores para la identificación de intereses	NO	No se programaron este mes	NA
Participar en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local	NO	No se programaron este mes	NA
Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas identificadas.	NO	No se programaron este mes	NA
Actualización y análisis del mapeo de sectores y actores sociales	NO	No se programaron este mes	NA
Elaborar y Consolidar Planes de Mejoramiento.	NO	No se programaron este mes	NA
Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.	SI	Se realiza socializacion de emergencia ambiental y covid-19	Informe a la lider ETOZ
Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas según requerimientos.	NO	NA	NA
Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados.	NO	NA	NA
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).	SI	Se presentan informes de manera oportuna y en los formatos establecidos	Informe a la lider ETOZ
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad	SI	Se da atención a las solicitudes recibidas por la plataforma ORFEO y SDQS.	Actas de intervención y se envia repueta via mail a etozcorrepondencia@gmail.com
Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad	SI	Se realiza socializacion de emergencia ambiental y covid-19	Informe a la lider ETOZ
Preparar, presentar, participar en los procesos de auditorías internas y externas a las actividades programadas.	SI	Se realiza proceso de preaditoria	Acta
Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo	SI	Se utiliza adecuadamente los recursos fisicos y logisticos a mi cargo	Acta
Seguimiento y análisis periódico de los casos objeto de canalización del Componente	NO	No se programaron este mes	NA
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.	NO	No se programaron este mes	NA
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 se programaron este mes	NA
Elaboración y remisión de la información solicitada por SDS o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna	NO	No se programaron este mes	NA
Realizar, consolidar y entregar productos derivados de los procesos del liderazgo de las líneas operativas de manera mensual máximo el 4 día hábil del mes siguiente al desarrollo de sus actividades.	NO	No se programaron este mes	NA
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 programaron este mes	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.	NO	No se programaron este mes	NA
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 programaron este mes	NA
Apoyo a la gestión administrativa del componente de salud ambiental, o demás procedimientos delegados por la referente en vigilancia en salud ambiental	NO	No se programaron este mes	NA

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3570149 tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos moneda corriente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS, CC 52231877 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	52231677	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	CL 12 C 71 C 61 case 19 a etapa 4	4596541	yravilan@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	E		47233241	TOTAL A PAGAR	
					$470.500	

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	Compensar 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
230301	Porvenir	800224808-8	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	860903790-5	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.600	0	0	28.600	1

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	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	1	28.600	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.500	470.500

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	52231877	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	CL 12 C 71 C 61 casa 19 a etapa 4	4696541	yravilan@gmail.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	
2020-11	2020-11	I		47233241	$470.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Cotizante Exterior	Dependiente	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	52231877	AVILA NAVAS YOHANA ROCIO	59	0			N																	230301	1.428.060	228.500	0	0	0	0	EPS008	1.428.060	178.600	14-11	1.428.060	3	34.600	CCF24	1.428.060	25.690	0	0	0	0	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS

C.C 52231877 DE BOGOTA

La suma de $ 3570149 tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos moneda corriente, por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO VETERINARIO durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5319/2020.

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS

C.C. 52231877 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 10821808010

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	

172

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RENE ALEJANDRO PINZON ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80059491						
CORREO ELECTRONICO:	alejandropinzon.1980@gmail.com				CELULAR:	3002783950						
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	7380619077								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	400 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11	DE	11		
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	51642	FECHA	30/11/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$37.979.092
VALOR EJECUTADO	$37.979.092
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
819612043	$1.428.060	$178.508	$228.489	3	$34.788	**$441.784**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

RENE ALEJANDRO PINZON ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA