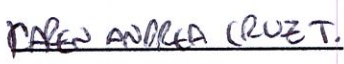


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 1 Fecha de aprobación: 9/11/2016 Código: 15-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CAREN ANDREA CRUZ TORRES							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.	1057464863			
CORREO ELECTRONICO:				andreaacruz93@hotmail.com			CELULAR:	3167513777			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FO09			SEDE:	FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO09K32	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DE BOGOTÁ			TIPO DE CUENTA:	AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				43496314			PENSIONADO	No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5476-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3-3			
NÚMERO DE CDP		1245	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP		38132	FECHA	30/08/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:			El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERÍA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.								
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	9	2020		30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES				\$2.197.015							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$6.591.045			
VALOR EJECUTADO								\$6.591.045			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.197.015			
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
1032198987	\$878.806.00	\$109.900.00	\$140.700.00	3	\$21.500	\$272.100.00					
Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 CAREN ANDREA CRUZ T. 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
Fecha de aprobación: 3/04/2017
Codigo: 04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DEL DISTRITO CAPITAL
BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio: F009	VIGILANCIA SALUD PÚBLICA	Sede: FONTIBON
No. DE CONTRATO: 5476-2020	Periodo certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAREN ANDREA CRUZ TORRES	C. C. 1057464863	DE RAMIRQUI

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como auxiliar de enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ 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, espacio 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	Realizar gestion documental y 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, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanadas por el nivel distrital para la identificacion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Informes diarios de posibles casos COVID -19
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE	SI	Realizar gestion documental y 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, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanadas por el nivel distrital para la identificacion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Informes diarios de posibles casos COVID -19
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.
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
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	entega de soportes ,con los criterios de calidad exigidos por la SDS	formato de seguimiento casos indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL COVID 19 TABLERO RELACION CASOS. 60 CASOS DIARIOS PARA UN TOTAL 1860 AL MES DE SEPTIEMBRE

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR 2,197,015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CAREN ANDREA CRUZ T.

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Claribel Parnachev

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-09-02, 04:11:14 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: agosto de 2020 ✓ Periodo Servicio: agosto de 2020 Referencia pago (PIN): 8812825760
Número Planilla: 1032198987

PAGADO 01/09/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAREN ANDREA CRUZ TORRES
Documento	CC1057464863
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	SOACHA
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CL 1 #19 B - 120
Teléfono	3167513777
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	CUNDINAMARCA
Identificación	
ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Básico Cotización	RET	NET	RET	NET	RET	NET	RET	NET	RET	NET	RET	NET	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC: 1057464863	CAREN ANDREA CRUZ TORRES	59	00																														\$ 272 100

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 878 806	IBC Salud	\$ 878 806	IBC Riesgos	\$ 878 806	IBC Caja	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 140 700	Aportes Salud	\$ 109 900	Aportes Riesgos	\$ 21 500	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Riesgos	\$ 878 806	Aportes Salud	\$ 109 900	Tarifa	2,436	IBC Riesgos	\$ 878 806	Aporte Riesgos	\$ 21 500	Administradora	INNOVANA CCF	IBC Caja	\$ 0	Aporte Caja	\$ 0	Aporte SENA	\$ 0	Aporte ICBF	\$ 0	ESAP	\$ 0	Aporte Ministerio	\$ 0	Total	\$ 272 100
-------------	------------	-----------	------------	-------------	------------	----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	-----------------	------------	---------------	------------	--------	-------	-------------	------------	----------------	-----------	----------------	--------------	----------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	------	------	-------------------	------	-------	------------

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09/2020

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

NIT:900.959048-4

DEBE A:

CAREN ANDREA CRUZ TORRES

CC 1.057.464.863 DE RAMIRIQUI/BOYACA

La suma de \$ 2.197.015 por concepto de servicios AUXILIAR EN ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/09/2020 al 30/09/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5476-2020.

CAREN ANDREA CRUZ T.

NOMBRE DEL CONTRATISTA

CAREN ANDREA CRUZ TORRES

CC 1.057.464.863

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

N° 043496314