| 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: | NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 45622922 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Nidia2420@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143682420 | | | | | | |
| 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: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 03763813567 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4889-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 10 DE 10 | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 57021 | FECHA | 16/12/2020 |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | |
| 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- Psicólogo | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| 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: | $31.833.691 |
| VALOR EJECUTADO | $31.833.691 |
| 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 $2.194.508, 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47551026 | $1.428.060 | $178.600 | $228.500 | 3 | $34.800 | $441.900 |

Dado en Bogotá en el mes de Enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nidia R. Vargas

NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| SSR Occidente E.S.E. | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | VSP | | | Sede: Fontibón | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 4889-2020 | Periodo certificado desde el | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ | | | C. C. | | 45.622.922 | | DE | SANTA ROSA | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asitencial 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 |
|---|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del espacio. | SI | Reuniones por zoom con la jefe para directriz del proceso. Realizar IEC, diariamente acorde a lo asignado. Realizar 8 IEC diarias de lunes a viernes y sabados 3 IEC, cada IEC se le agregara el indice y sus respectivos contactos estrechos, se realizará el respectivo registro de la investigación en plataforma Dante. Se realizan un total de 132 (ciento treinta y dos) IEC en el mes. | Diligenciamiento tatal de la investigación epidemiologica de campo en plataforma Dante y notificar los casos interlocales y soporte del respectivo caso, entrega de las carpetas de los casos fallidos con sus respectivos soportes. |
| 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. | NO | Se realiza socializacion vía telefonica de : Etiqueta de tos, lavado de manos con sus respectivos pasos a seguir , educacion sobre el uso del tapabocas , no salir del domicilio y no recibir visitas. Se resuelven dudas en general sobre patologias de base del usuario o interrogantes de autocuidado.<br>Se realiza diariamente en analisis de 8 IEC en promedio con el fin de dar respuerta de manera oportuna y optima a la secretaria de salud sobre los casos con tomas de hisopados nasofaringeos | Se entregan carpetas vía correo electónico de los pacientes con analisis de las IEC desarrolladas comprendiendo linea de tiempo, relacion de contactos , entrega de las carpetas de los casos fallidos con sus respectivos soportes. |
| Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 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. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaría. | SI | Entregar soportes con calidad | Entrega de los soportes terminados |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | SI | Notificar los eventos de salud pública | Notificaciónde los eventos de salud pública |
| Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | SI | Informar claramente los deberes y derechos de la seguridad social en salud | Entrega de información clara a individuos / personas |
| Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la subred sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se aumirá el 100% de la glosa generada | Envio de consolidado de bases de seguimiento a casos Covid-19 |
| Entregar al referente backup de informacion magnetico | si | Realizar un aproximado de 132 (Ciento treinta y dos) IEC de manera mensual | Base de excel de seguimientos de acuerdo al formato establezido y al evento |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |

OBSERVACIONES:

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

NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

Nydia R. Vargas H.
CC 45.622.922

CONTRATISTA:

Claudia Ramachrieno C

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01-2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

CC : 45.622.922 DE SANTA ROSA

La suma de $ 3,570.149 (TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE) por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 01 al 31 de Enero 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4889/2020.

Nidia R. Vargas H.

NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

CC : 45622922 DE SANTA ROSA

CUENTA DE AHORROS: BANCOLOMBIA

NUMERO: 03763813567

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 | 45622922 | NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ | | TRAV.47 A NO 96A-09 SUR | 7170802 | nidia2420@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 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 07/01/2021 | 47551026 | $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 | 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 | 890903790-5 | 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 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 | 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 |

PAGADA
47551026

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 | 45622922 | NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ | | TRAV.47 A NO 96A-09 SUR | 7170802 | nidia2420@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 | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 07/01/2021 | 47551026 | $441.900 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colomb. exterior | Exonerado | IGE | RET | TDE | 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 | Días de riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 45622922 | VARGAS HERNANDEZ NYDIA ROCIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1,428,000 | 228,500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,428,000 | 178,500 | 14-11 | 1,428,000 | 3 | 34,900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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