| 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 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 51.740.867 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nydiatm@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3123388913 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | F009 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FC09K32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 002770050132 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 839-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 11 PAGO 12 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 51966 | FECHA | 30/11/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | prestar apoyo como auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de las SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No 0077-2017 suscrito al fondo financiero distrital de salud | | | | | | | | | |
| | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $22.537.389 |
| VALOR EJECUTADO | $22.171.220 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.197.015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $366.169 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

**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 $, el valor 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7773570093 | $ 877.806.00 | $109.900 | $140.700 | 3 | $21.500 | $272.100 |

Dado en Bogotá en el mes de Diciembre del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Prieto C

**CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nydia T. Martinez M.

**NYDIA TRINIDAD MARTINEZ M.**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE

NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ

CC 51740867 DE BOGOTA

La suma de $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS, por concepto de servicios como técnico 1 auxiliar de enfermería durante el periodo de 01de Diciembre al 31 de Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 839/20

Nydia T. Martinez
Nydia Trinidad Martinez Mendez

51740867 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 002770050132

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Red Social Integrada 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 | 8/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC -ESPACIO VIVIENDA | | | | | **Sede: BOSA** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 639/2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ | | **C. C.** | | 51.740.667 | **DE** | BOGOTA | | | | |

**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 __X__ NO ____ **Servicios:** SI ____ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines el 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 requerido y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Instrumentosde identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica, detenccion temprana (P Y D) e identificacion de alertas en salud espacio vivienda Reuniones de equipo | cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual |
| 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. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque | SI | Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años a necesidad | Formato de activación de rutas |
| 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 según rutas activadas | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| 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 | de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional | Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. 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 | Individuos intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. | Matriz de unidad de analisis e implementación |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Allstar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. | SI | Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes | cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada | cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | NO | Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación |
| 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,de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos,guias y lineamientos emanados por el nivel distrital para la identificacion de casos nuevos y busqueda de contactos. | SI | Apoyo en actividades de notificacion de evento COVID, revision de laboratorios, historias clinicas,seguimiento telefonico a pacientes | fichas de Notificacion, base de seguimiento telefonico a pacientes COVID |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS PESOS (2197015)**

Claudia Ramos Arevalo

Firma Supervisor o Firma de Revisión Supervisor

CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Nydia T. Martinez

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51740867 |
| SOCIAL: | | | MYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ |
| | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| | CR 60A 177-48GUR ED 9 AP 302 | TELEFONO: | 2865669 |
| | 32-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| | ÚNICO | | |
| NTACIÓN: | | | NO |
| ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 77735700893 | | TIPO DE PLANILLA: | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre AÑO 2020 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/12/14 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 929437282 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | RSP | | | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | RSP | | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301-PORVENIR | 1 | $ 140.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.700 | $ 0 | $ 140.700 |
| | | | | | | | | | | | $ 140.700 | $ 0 | $ 140.700 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| CPS0000-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 100.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 100.900 | $ 0 | $ 0 | $ 100.900 |
| | | | | | | | | | | | | $ 100.900 | $ 0 | $ 0 | $ 100.900 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.000 | $ 21.000 | $ 0 | $ 0 | $ 21.000 |
| | | | | | | | | $ 21.000 | $ 0 | $ 0 | $ 21.000 |

**LIQUIDACION DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| ORES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | V= UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | INDEPENDIENTE PAGO VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 877.500 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 876.000 | $ 140.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.700 | CPS000-COMPENSAR | 30 | $ 876.000 | $ 100.900 | $ 0 | $ 100.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 876.000 | $ 1740867 | $ 21.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** $ 272.100



USUARIO: SOI COS1740867