259

| 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.022.442.196 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Karenda.99rom@gmail.com | | | | CELULAR: | 3042807922 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBÓN | | | | | | | |
| 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 | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 008800719000 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGEN | 5450-2020 | | | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 DE 7 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26-11-2020 | CRP | 57308 | FECHA | 16/12/2020 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR, Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución. | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.647.761 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0 | | | $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: | $11.534.327 |
| VALOR EJECUTADO | $11.534.327 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.647.761 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7777238263 | $ 877.000 | $109.800 | $140.500 | 3 | $ 21.400 | **$271.700** |

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

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ
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: | SALUD PUBLICA | | | | | Sede: FONTIBON | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| No. DE CONTRATO: | 5450-2020 | Periodo certificado desde el | 1 | 1 | 2.021 | a | 31 | 1 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ | | C. C. | 1.022.442.196 | | 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 DIGITADOR(A) 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 |
|---|---|---|---|
| Realizar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo,COVID 19. | De acuerdo a un cronograma establecido por parte de un grupo de jefes de enfermeria de salud publica se verifica datos por medio del aplicativo de salud urbana y via telefonica. |
| Digitación permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo. | |
| Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo. | Llevando constancia de formatos (efectivas,fallidas) a bases como Ecxel y Aplicativo de salud urbana. |
| Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información | NO | Asistencias tecnicas desarrolladas por el cordinador de equipo. | Acatar y ejecutar ordenes establecidas por parte de nuestro tecnico y coordinador. |
| Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos(calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de politicas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la informacion registrada en el aplicativo | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo. | Se revisa y valida los datos de los usuarios por medio del comprobador de derechos Secretaria Distrital de Salud y una base en Excel la cual tiene acceso el tecnico. |
| Suministar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo. | |
| Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud | NO | Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo. | Asistir a capacitaciones e inducciones brindadas por la RED SUR OCCIDENTE. |
| realizar actividades de digitacion por contingencia de covid -19 | SI | Formatos puestos en operación por Secretaria de Salud por contingencia de Covid-19, en donde se realiza la digitación permanente del registro de información consignada en los formatos los cuales son ingresados en medio magnético, posteriormente se procede a realizar revisión de la calidad digitada con lo que respecta al formato en físico que cumpla con los estándares de calidad. | De acuerdo al cronograma establecido por un grupo de ingenieros de Secretaria de Salud se entrega la respectiva informacion consignada en la base de datos con la calidad pertinente que se requiere para el proceso. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1,647,761)** UN MILLON SEISIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESOS.

KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ C.C. 1022442196

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

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

SOI Pagos de Seguridad Social

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022442196 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA. 27 NO. 22C 64 | TELÉFONO: | 4768037 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7777238263 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/01/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 860280112 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1022442196 | ROMERO RAMIREZ KAREN DANIELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 877.803 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 877.803 | 102244219 | $ 21.400 |

PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 271.700** |

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01-2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ

CC 1.022.442.196 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de $1.647.761, por concepto de servicios de DIGITADORA durante el periodo de 01 AL 31 DE ENERO DE 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5450/2020.

KAREN DANIELA ROMERO RAMIREZ

CC 1.022.442.196 de BOGOTÁ D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008800719000