| 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: | Nery Yolanda Fuentes Martinez | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52156420 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | neryfuentesma@gmail.com | | | | CELULAR: | 3108837063 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FONTIBON ZONA FRANCA -F009 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | Fontibón | | | | | | |
| 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: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550005300524179 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6283-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 4 DE 4 |
| NÚMERO DE CDP | 1852 | FECHA | 16/12/2020 | NÚMERO DE CRP | 57594 | FECHA | 16/12/2020 |
| 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 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| 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: | $11.733.889 |
| VALOR EJECUTADO | $10.923.880 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.173.134 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.126.666 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47862016 | $1.505.672 | $188.300 | $241.000 | 3 | $36.700 | **$466.000** |

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

**JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Nery Y. Fuentes M.
**Nery Yolanda Fuentes Martinez**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

57

| 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 | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 6283-2020 | Periodo certificado desde el | Dia | Mes | Año | a | Dia | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 1 | 21 | | 31 | 1 | 21 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Nery Yolanda Fuentes Martinez | | C. C. | 52.156.420 | | | 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 |
|---|---|---|---|
| **ESPECIFICAS** | | | |
| 1. Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas 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 | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. |
| 2. Brindar asesoría técnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental. | SI | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. |
| 3. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar y realizadas. | SI | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de entrega de soportes |
| 4. Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros. | SI | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control para 30 Restaurantes, 3 Depositos y 2 Supermercados. |
| 5. Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse | SI | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de entrega de soportes |
| 6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas | SI | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de reunion |
| 7. Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logístico (Software), definición de la tutoría de los documentos científicos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y de vigilancia en salud pública | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 8. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada. | SI | Informes de actividad semanal y mensual. | Actas de entrega de soportes |
| 9. Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación. | SI | Informes de actividad semanal y mensual. | Actas de entrega de soportes |
| 10. Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad | SI | Política Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 11. Asistentes a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 12. Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de Salud Pública o demás actividades de la Subred, cuando sea requerido. | NO | No se ha presentado | No se ha presentado |
| 13. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 14. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred. | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad | SI | Politica Institucional. | Actas de reunion |
| **TRANSVERSALES** | | | |
| 1. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol. | SI | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 2. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 3. Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución | SI | Politica Institucional. | Actas de reunion |
| 4. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 5. Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred | SI | Actas de reunion, listados de asistencia, convesatorio | Actas de reunion |
| 6. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros) | SI | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 8. Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse | SI | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de entrega de soportes |
| 9. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera critica en la Subred, según se requiera | NO | No se ha presentado | No se ha presentado |
| 10. 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. | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 11. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | SI | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 12. Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente. | SI | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 13. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 14. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los lideres operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central | SI | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunion |
| 15. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo. | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 16. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la linea de intervención según sea requerido. | SI | Politica Institucional. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 17. Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos. | SI | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control |
| 18. Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera. | NO | No se ha presentado | No se ha presentado |
| **OBSERVACIONES:** | | | |
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2'173.134 (Dos millones ciento setenta y tres mil ciento treinta y cuatro PESOS M/CTE)** | | | |

Nery Y. Fuentes H.

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL Nery Y. Fuentes H.

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.

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 | 52156420 | NERY YOLANDA FUENTES MARTINEZ | Carrera 81B#8C-26 | 4122342 | neryfuentesma@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 | 08/01/2021 | 47862016 | $466.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 188.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 188.300 | 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 |
| 230201 | Protección (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 241.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 241.000 | |

| 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 | 800903790-5 | 36.700 | | | | 36.700 | 0 | 0 | 36.700 | | | 367 | 36.700 | 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 | 188.300 | 188.300 |
| Pensión | 1 | 241.000 | 241.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.700 | 36.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 466.000 | 466.000 |

47862016

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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52156420 | NERY YOLANDA FUENTES MARTINEZ | Carrera 81B#8C-26 | 4122342 | neryfuentesma@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 |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 08/01/2021 | 47862016 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $466.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Suspensión | IBC | 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 | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 52156420 | FUENTES MARTINEZ NERY YOLANDA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230201 | 1,505,672 | 241,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1,505,672 | 188,300 | 14-11 | 1,505,672 | 3 | 36,700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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:**

**NERY YOLANDA FUENTES MARTINEZ**

**C.C 52.156.420 DE BOGOTA**

La suma de 2'173.134, Dos millones ciento setenta y tres mil ciento treinta y cuatro pesos por concepto de servicios profesionales como Ingeniero de Alimentos: durante el periodo del 01 al 31 de Enero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6283-2020

Nery Y. Fuentes M.

**NERY YOLANDA FUENTES MARTINEZ**

**C.C.52.156.420 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO:** 0550005300524179