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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1110488511						
CORREO ELECTRONICO:	ginitasaavedra29d@gmail.com				CELULAR:	3132550105						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4657936753								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2888-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	08/01/2021	NÚMERO DE CRP	13265	FECHA	31/01/2021
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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. Tecnico Auxiliar de Enfermeria.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2021		28	2	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.197.015
VALOR EJECUTADO	$2.197.015
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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ 2.271.315 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
48082662	$908.526	$113.566	$145.364	3	$22.132	$281.062

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0001

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA - PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES - FO09		Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	2888-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	2	2.021		28	2	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA		C. C.	1.110.488.511		DE	Ibague			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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. **Tecnico auxiliar de enfermeria.**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar las diferentes actividades: toma y envío de muestras, vacunación, suplementación, citología (si fuera necesario), en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a los proyectos especiales o Territorios y/o componentes a los que sea designado, afines al perfil laboral conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS 1, 2, 3, 4, 5, 12 13, 15, 18, 19,, 22, 25, 26 de FEBRERO 2021	FORMATO DE SDS Y FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS
Brindar asesoría técnica, atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad en temas como: SGSS, vacunación, eventos de interes en Salud Pública, normatividad Sanitaria y Ambiental, según línea de intervención o actividad al que sea designada.	NO	NO APLICA	NO APLICA
Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón	SI	SEGUIMIENTO TELEFONICO SE ENTREGA (59 USUARIOS) FEBRERO 2021	FORMATO SEGUIMIENTO TELEFONICO
Apoyo a las acciones de las diferentes actividades de las líneas de acción de Salud Pública o portafolio de servicios institucionales cuando sea requerido.	SI	ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y ENVIO POR CORREO ELECTRONICO A LA LIDER DEL PROGRAMA EL 14 Y 29 de FEBRERO 2021	CORREO ELECTRONICO
Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad.	SI	REALIZACION DE PIGI KARDEX Y BASE DE QUIMIOPROFILAXIS 04 FEBRERO 2021	INFORME MAGNETICO PIGI Y SOPORTE EN FISICO DE ENVIO POR CORREO
Atender el servicio de vacunación asignado y diligenciar completamente los formatos de seguimiento del programa, informar a los usuarios el esquema de vacunación y las posibles reacciones post-vacunales que se puedan presentar	NO	no esta rogamado para el mes	no esta rogamado para el mes
Notificar al área de Vigilancia los usuarios que no puedan ser vacunados, los eventos de notificación obligatoria,.	NO	no esta rogamado para el mes	no esta rogamado para el mes
Controlar diariamente la temperatura de la nevera donde están los biológicos de vacunación; realizar el lavado de nevera de acuerdo a programación establecida.	NO	no esta rogamado para el mes	no esta rogamado para el mes
Avisar oportunamente a la referente del programa cuando el inventario de biológico esté próximo a agotarse.	NO	NO APLICA	NO APLICA
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia, antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	ACTIVACION DE CANALIZACIONES A EAPB Y SDS ENVIO DE BASE DATOS A SISTEMAS DE INFORMACION SDS FEBRERO DEL 2021	SOPORTES DE CORREOS ELECTRONICOS
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestación del servicio y realizar el registro de fechas de vencimiento, registro INVIMA y lote de fabricación.	NO	no esta rogamado para el mes	NO APLICA
Realizar caracterizaciónes, seguimientos, educación individual o grupal a las familias propias del Terriotio asignado en los formatos preestablecidos por la SDS y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E	SI	VERIFICACION DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS 15 y 26 de FEBRERO 2021	SOPORTES DE CORREOS ELECTRONICOS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETA MIL QUINCE PESOS MCTE

CONTRATISTA: GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
c.c: 1.110.488.511 de Ibague

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido
supervisor: Jeny Andrea Arenas B

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	1110488511	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA		CRA 80 G BIS 43-58 SUR	4200778	GINITASAAVEDRA29@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	
2021-01	2021-01	I	05/02/2021	48082662	$281.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	1110488511	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA	CRA 80 G BIS 43-58 SUR	4200778	GINITASAAVEDRA29@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-01	2021-01	1	05/02/2021	48082662	$281.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	ING	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	1110488511	SAAVEDRA GONGORA GINA PAOLA	59	0			N																230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA

CC 1.110.488.511 DE IBAGUE

La suma de $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS MCTE, por 0 concepto de servicios AUXILIAR DE EFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01 al 28 de FEBRERO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2888/2021

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA

CC 1.110.488.511 de IBAGUE

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 4657936753