| 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: | YULY MARCELA ROMERO RAIRAN | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52936633 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | marcerairan@gmail.com | | | | CELULAR: | 3102795903 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | VSP | | | | 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: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 9570342874 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4154-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 3 de 3 | | |
| NÚMERO DE CDP | 468 | FECHA | 29/03/2021 | NÚMERO DE CRP | 21847 | FECHA | 31/03/2021 | | |
| 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 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.627.684 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $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: | $10.825.517 |
| VALOR EJECUTADO | $10.825.517 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.685.219 |
| 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7783143010 | $1.428.059,00 | $178.507 | $228.489 | 3 | $34.788 | **$441.784** |

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

| | |
|---|---|
| **DIANA MARTINEZ YATE** | **YULY MARCELA ROMERO RAIRAN** |
| **NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:** | **NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA** |

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VSP - FONTIBON | | | | **Sede: FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4154-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | YULY MARCELA ROMERO RAIRAN | | **C. C.** | | 52.936.633 | **DE** | | BOGOTA | |

**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.

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad | SI | Entrega a la líder operativa reporte de acciones ejecutadas semanalmente en el susbsitema de VSPC que correponden a los productos mensuales de la localidad de puente aranda. | Formatos de actas, fichas PCO y registros, instrumentos barrios, ISEC, Y fotográficos según corresponda. |
| 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo ( CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad | SI | 1. Realización 1 intrumentos ISEC Puente Aranda<br>2. Ejecución 1 ISEC Localidad Puente Aranda<br>3. Informe ISEC de Puente Aranda | Fisico y digital |
| 3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados | SI | 1. Identificacion problematicas colectivas en unidades comunitarias y otros espacios a demanda | fichas de reporte de PCO |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado | SI | 1.Asistencia a reuniones de proceso seguimiento plan de acción<br>2.Asistencia reunion distrital<br>3. Asistencia reunion promotores del cuidado | Actas y listado de asistencias |
| 5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad. | SI | 10 asistencias tecnicas a unidades comunitarias de la localidad de Puente Aranda. | Actas y listado de asistencias |
| 6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). | SI | Censo y directorio de unidades comunitarias con su respectiva informacion envio y concertacion de agenda mensual. | En medio magnetico. |
| 7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado | NO | No programado para el mes | N/A |
| 8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad | SI | 1. Apoyo en la realizacion del boletin trimestral | |
| 9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando | SI | 1. Planeacion COVECOM Puente Aranda<br>2. Ejecucion COVECOM Puente Aranda<br>3. Informe COVECOM Puente Aranda | Actas y listado de asistencias<br>informe enviado a SDS en magnetico |
| 10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | Soportes en fisico y magnetico para auditorias correspondiente al mes de Abril según criterios. | Soportes mes de Abril |
| 11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | SI | Sencibilizaciones a la comunidad en el curso de promotores del cuidado 50 personas en la localidad de Puente Aranda | Evidencia en magnetico |
| 12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. | SI | Búsqueda permanente de reporte de situaciones y problemáticas VSPC para realizar ISEC o canalizar según corresponda y caracterizaciones a unidades comunitarias. | Formatos de caracterización y actas de soporte. |
| 13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución. | SI | Lectura de lineamiestos y ficha operativa VCSP. | Lineamientos |
| 14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación. | SI | Según demanada o programación requerida | Actas y listado de asistencias |
| 15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | NO | No programado para el mes | N/A |
| 16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. | SI | Entrega a la líder operativa del 100% de soportes de la ejecución mensual VSPC | Envio al correo de productos digitales y entrega en fisico según corresponde |
| 17. Realizar identificación de riesgos colectivos en los barrios priorizados por SDS. | SI | Realizacion de barrios por UPZ asignado en la localidad de puente aranda, identificación y reporte de situaciones y problemáticas VSPC. | Formatos y fichas VCSP. |
| 18. Realizar diligenciamiento y entrega semanal de fichas de notificación de problematicas colectivas. | SI | Fichas de identificación de problematicas colectivas y diligenciamiento de las mismas. | Fichas de notificación de problematicas colectivas y BD. |
| 19. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. | SI | Busqueda de personas de la comunidad para la realización del curso de promotores del cuidado 50 personas en la localidad de Puente Aranda | Evidencia en magnetico |
| 20. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos. | SI | Realización de 10 IEC para casos positivo Covid-19 con su respectivo informe, o según asiganacion. diligenciamiento de link e infocontactos y DANTE. Ademas de los desplazamientos a las direcciones de las fallidas según corresponda. | Reporte diario en plataforma y bases de datos de los seguimientos telefónicos y de las IEC realizadas. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.685.219 TRES MILLONES SEICIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTO DIECINUEVE PESOS/MCT)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Marcela Romero 52936633 | Fecha ddmmaaaa Firma de recibido supervisor: |

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 4 /2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YULY MARCELA ROMERO RAIRAN

CC 52936633 DE BOGOTA

La suma de 3´685.219 por concepto de servicios como Trabajadora social Profesional Universitario 2 durante el periodo de 01 al 30 de Abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4154-2021

YULY MARCELA ROMERO RAIRAN

CC 52936633 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 9570342874

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 52936633 |
| Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YULY MARCELA ROMERO RAIRAN ROMERO RAIRAN |
| UNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| N: | CLL 7 54-05 | TELÉFONO: | 4945751 |
| RTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| RESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| E PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| TE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7783143010 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES marzo AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/04/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 950083969 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ÓDIGO | 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-PORVENIR | 1 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 228.500 | $ 0 | $ 228.500 |
| OTES: | | | | | | | | | | $ 228.500 | $ 0 | $ 228.500 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ÓDIGO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.500 | $ 0 | $ 0 | $ 178.500 |
| OTES: | | | | | | | | | | | | | $ 178.500 | $ 0 | $ 0 | $ 178.500 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP 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 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.800 | $ 34.800 | $ 0 | $ 0 | $ 34.800 |
| OTES: | | | | | | | | | $ 34.800 | $ 0 | $ 0 | $ 34.800 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 28.500 | $ 0 | $ 28.600 |
| OTES: | | | $ 28.500 | $ 0 | $ 28.600 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE: FICA N | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RENTA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCI | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | ROMERO RAIRAN YULY MARCELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.428.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.428.000 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 228.500 |

| SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VR UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.428.000 | $ 178.500 | $ 0 | $ 178.500 |

| SEGURIDAD SOCIAL: ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.428.000 | $ 52936633 | $ 34.800 |

| PARAFISCALES: IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.428.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 25.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 470.400 |
|---|---|

Planilla Pagada