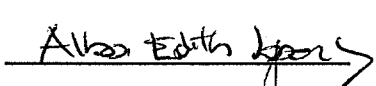
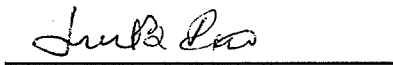


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1016060214				
CORREO ELECTRONICO:				jb.rojasbl@outlook.com				CELULAR:				3005034149			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PRESTACION DE SERCIOS							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ASISTENCIAL				SEDE				PAPS OLARTE- PABLO VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA31A38	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24078199752											
27626580															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1105-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				12 DE 12			
NÚMERO DE CDP		1866		FECHA	27/12/2019		NÚMERO DE CRP		61449		FECHA	31/12/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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	2020		31	1	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.762.658											
TIPO DE SERVICIOS				Administratvo				RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES: Ninguna.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$33.151.896							
VALOR EJECUTADO								\$33.151.896							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.762.658							
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2.070.290, 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									
39507876	\$1.105.063,00	\$138.200	\$176.900	3	\$27.000	\$342.100									
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
															
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR							NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA								

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		PAPS OLARTE		Sede: PABLO VI							
No. DE CONTRATO:		1105 DE 2019		Periodo certificado desde el							
				Día Mes Año				Día Mes Año			
				1 1 2.020				31 1 2.020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO		C. C.		1.016.060.214		DE		BOGOTÁ	
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 Enfermera de Consulta Externa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente											
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS				
1. Planear, controlar y evaluar las acciones y actividades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en concordancia con las políticas nacionales, distritales gerenciales		X	CUMPLIMIENTO DE AGENDAS				HC HOSVITAL				
2. Participar en la aplicación y evaluación de los Estándares de Acreditación misionales, en el marco de la gestión de la calidad y mejora continua.		N/A									
3. Apoyar la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de los planes de mejoramiento institucionales		N/A									
4. Promover el desarrollo de acciones de promoción de la salud prevención de la enfermedad en búsqueda de impacto social		X	ACTIVIDADES PROPIAS DE CONSULTA EXTERNA- PARTICIPACION UAT y ULC				HC HOSVITAL- FIRMA DE PARTICIPACION				
5. Propender por el cumplimiento de las metas propuestas a nivel institucional en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que garantice respuesta social.		X	DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO A PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE P Y D				HC HOSVITAL- FIRMA DE PARTICIPACION				
6. Velar por la actualización, formulación y aplicación de las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos		X	SEGUIMIENTO A PUBLICACION INTRANET				SEGUIMIENTO				
7. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar		X	SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE AUXILIARES Y PARTICULARIDAD DE USUARIOS				SEGUIMIENTO				
8. Fomentar la aplicación de las decisiones de tipo gerencial y estratégicas		X	OBSERVANCIA DE LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA				HC HOSVITAL				
9. Fomentar el autocontrol en las acciones a desarrollar en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la aplicación del proceso, subproceso y procedimiento definidos en el manual de calidad del Hospital.		X	AUTOCONTROL				CUMPLIMIENTO DE AGENDAS				
10. Velar por el cumplimiento de las actividades asistenciales de protección temprana, detección específica, apoyo diagnóstico y terapéutico, de rehabilitación programada de acuerdo a los planes definidos por la Junta Directiva de la institución		X	CUMPLIMIENTO Y GENERACION DE ACTIVIDADES				CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO				
11. Velar por el cumplimiento de las normas técnico - científicas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica de las técnicas y procedimientos utilizados en la prestación de los servicios de promoción y prevención.		X	CUMPLIMIENTO Y GENERACION DE ACTIVIDADES				HC HOSVITAL				

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016060214	JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO	CR 96G 19A 23 APTO 402	4773395	jhojlesb@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPL. 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-12	2019-12	1	03/01/2020	39507876	\$342.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86066942-7	138.200	0	0	0	0	0	138.200
									No. Afiliados
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
25-14	Colpensiones	90039604-7	176.900	0	0	0	0	0	176.900
									No. Afiliados
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARI SURA	880903750-5	27.000			27.000	0	0	27.000
									No. Afiliados
									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
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGC, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	138.200	138.200
Pensión	1	176.900	176.900
Riesgos Laborales	1	27.000	27.000
CCF			
	0	0	0
ESAP			
	0	0	0
ICBF			
	0	0	0
MEN			
	0	0	0
SENA			
	0	0	0
TOTALES	3	342.100	342.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-12	2019-12	I	03/01/2020	33907876	\$342,100

U
A
G
A
D
A

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