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	09/11/2018	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA VELINDA DURAN CASTRO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52520863							
CORREO ELECTRONICO:	diaveduca@gmail.com				CELULAR:	3123031481							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON F009												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K29	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590433277										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3824 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5			
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	30743	FECHA	30/06/2018			
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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		30	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3070655 (Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos)									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.125.013
VALOR EJECUTADO	$12.999.105
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$102.356
SALDO POR EJECUTAR	$1.023.552
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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 $1´953.105, 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
8481289974	$ 1.228.262	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá el mes de Julio del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana V. Duran Castro

DIANA VELINDA DURAN CASTRO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	7
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	94-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	Espacio Educacion			**Sede: BOSA**							
No. DE CONTRATO:	3824 - 2018	**Periodo certificado desde el**		**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
				1	7	2018		30	7	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA VELINDA DURAN CASTRO		**C. C.**	52.520.863			**DE**	BOGOTA		

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institucion cuando sean requendos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	*Para este mes se realizo apropiacion del lineamiento para la vigencia julio-diciembre *se asistio a la linea tecnica por parte de la SDS. *Se realizo acercamiento al colegio Benjamin Herrera Para realizar la nueva propuesta del Plan de Accion *Se realizo 13 sesiones del ciclo 3 en el colegio San Bernardino. *Se realizo 12 sesiones del ciclo 3 en el colegio Bos Nova. *Se realizo 9 sesiones del ciclo 3 en el colegio German Arciniega.	Actas Listados Material de apoyo
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	*Para este mes se realizo apropiacion del lineamiento para la vigencia julio-diciembre *se asistio a la linea tecnica por parte de la SDS *Se realizo acercamiento al colegio Benjamin Herrera Para realizar la nueva propuesta del Plan de Accion. *Se realizo 13 sesiones del ciclo 3 en el colegio San Bernardino. *Se realizo 12 sesiones del ciclo 3 en el colegio Bos Nova. *Se realizo 9 sesiones del ciclo 3 en el colegio German Arciniega.	Actas. Listados. Material de Apoyo
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	No se realizaron caracterizaciones de escenarios para el presente mes.	Ninguno
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sud Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	No se realizo Jornadas de salud publica	Ninguno
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizafas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	No se realizaron canalizaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos.	ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Se alistan soportes para auditoria del espacio	Acta.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	No se realizaron notificaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos.	ninguno
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se conocen e informa cuando es pertinente sobre los derechos y deberes en la ejecución de las acciones.	Acta.
Facilitar los procesos de Veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	No se realizaron procesos de veeduria durante el mes.	ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Presentación de soportes a profesional de apoyo y supervisora de contrato.	Acta.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realizan los ajustes correspondientes de acuerdo a pre auditoria realizada por referente y profesional de apoyo.	Ajustes a los productos entregados.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requerido.	SI	No se presenta y diligencia el drive con el cronograma Diligenciamiento de la matriz 1186 del mes. Adernás de la elaboración del informe de actividades.	ninguno
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sud Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación de la reunión de equipo. Participacion en la sistencia tecnica por parte de la SDS	Listado de asistencia.
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma auditora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista.	SI	De presentarce alguna glosa se asumira	productos
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se da un uso adecuado a los equipos y bienes de la sub red.	No se generan productos.

OBSERVACIONES:Se cumple con la entrega de productos para el mes.

TOTAL A PAGAR $3.070.666 Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos. MCTE

Diana V Duran Castro

NOMBRE COMPLETO,FECHA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yasmith Pinilla P

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52520863		DURAN CASTRO DIANA YELINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 Este # 95-28 SUR ALFONSO LOPEZ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7644582	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	8481289974	8481289974	I	2018/07/16	2018/07/11	BANCO BOGOTA	0	$380,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,600	$0	$0	$196,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$196,600	$0	$0	$196,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,600	$0	$0	$153,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$153,600	$0	$0	$153,600
TOTAL				1	$380,200	$0	$0	$380,200

PAGADO

2018/07/18 07:30 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52520863		DURAN CASTRO DIANA VELINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 Este # 55-28 SUR ALFONSO LOPEZ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7644582	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	8481289974	8481289974	I	2018/07/16	2018/07/11	BANCO BOGOTA	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
1	CC 52520863	DURAN DIANA	25-14	30	$1,228,262	$196,600	EPS008	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/07/18 07:30 AM