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:	CATALINA ISABEL TORRES AVILA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.362.831						
CORREO ELECTRONICO:	ktcahruu@gmail.com				CELULAR:	3142577585						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA21											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO TRABAJO				SEDE:	Bosa						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K28	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	.002100128541								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	761-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	30/06/2018	NÚMERO DE CRP	28454	FECHA	30/06/2018			
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.***									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		30	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA %	$0							

OBSERVACIONES: CENTROS DE COSTOS FALTANTES V709(0%), K109(0%)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.423.930
VALOR EJECUTADO	$18.423.930
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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 **$1.844.293**, 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
1013667017	$1.228.300,00	$153.700	$196.700	3	$30.000	**$380.400**

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año Dos mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CATALINA TORRES
CATALINA ISABEL TORRES AVILA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

10

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:	ESPACIO TRABAJO		Sede: SUR						
No. DE CONTRATO:	761-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	7	2.018		30	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CATALINA ISABEL TORRES AVILA		C. C.	52.362.831		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 _X__ 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, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio Trabajo	SI	Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio trabajo	Formatos de trabajo infantil
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE	SI	En la Localidad de Bosa un total de 33 Caracterizaciones, 33 primeas asesorías a niños y niñas y 1 Servicio Colectivo	Formatos de caracterización trabajo infantil
Realizar seguimiento a los menores canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Canalización Niños y Niñas Trabajadores localidad de Bosa	formato de canalización
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se brinda educación durante el acompañamiento a las familias y niños	No se presentan para este mes
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza entrega de soportes correspondientes al mes de Julio 2018	Soportes de pre- auditoria
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS	SI	Se presenta soporte correspondientes , según lo establecido en los lineamientos	Soportes - Formatos
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica	SI	Se brinda educación durante el acompañamiento a las familias y niños	No se presentan para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Se participa en la Jornada de Vacunación en la Localidad de Bosa 14/07/2018	Formatos de asistencia
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en asistencias técnicas convocada por la Sub Red Sur Occidente ESE los dias 2,3,4,5,6 (Lectura de Lineamientos , Revision de Formatos , Pre-auditoria) y ASISTENC9IA Tecnica en SDS. 09/07/2018 Lineamientos , Revision de Formatos	Formato de asistencia

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras):TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCTE ($ 3.070.655)

CATALINA TORRES
TRABAJO SOCIAL

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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-07-15, 09:18:20 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1013667017 **Referencia pago(PIN)** 8890193110

Periodo Cotización 201807 **Periodo Servicio** 201807

Cliente:

PAGADA 2018-07-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATALINA ISABEL TORRES AVILA				
Documento	CC 52362831	**Dirección**	CARRERA 1 ESTE # 68 F 14 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7626443		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	TORRES AVILA CATALINA ISABEL	**Identificación**	CC 52362831		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52362831		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					TORRES AVILA CATALINA ISABEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.229.000	230301		16 %	$ 1.229.000	$ 196.700	$ 0	$ 0	EPS002		12.5 %	$ 1.229.000	$ 153.700	$ 0	14-28	3	2.436 %	$ 1.229.000	$ 30.000	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORTENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 196.700	$ 0	$ 0	$ 153.700	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!