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:	VIVIANA DIRLEY ALDANA MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.026.275.109							
CORREO ELECTRONICO:	yelrid45@gmail.com				CELULAR:	3192194860							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU 40												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	SUR							
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	007500928713								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4017 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3			
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	07/06/2018	NÚMERO DE CRP	26780	FECHA	31/05/2018			
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	6	2018		30	6	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.840.185
VALOR EJECUTADO	$4.840.185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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 **$1.953.105**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8479733572	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá en el mes de Junio del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VIVIANA DIRLEY ALDANA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría 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-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA				**Sede: SUR**				
No. DE CONTRATO:	4017 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VIVIANA DIRLEY ALDANA MARTINEZ		**C. C.**	1.026.275.109		**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 _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 y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se realizan las actividades programadas de forma oportuna y con calidad teniendo en cuenta los parametros establecidos por SDS y la SUB RED	Formatos de registro caracterizacion de UTI Formato asesoria uno de UTI Formato de caracterizacion NNAT
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	Se da cumplimiento a la actividades establecidas en el contrato para el espacio trabajo, en las que se realiza 38 Asesoria (3) UTI de mediano impacto y 38 Asesoria (4) Cierre UTI mediano impacto. 12 Asesorias (3) Adolescentes trabajadores.	Formatos de registro caracterizacion de UTI Formato asesoria uno de UTI Formato NNAT
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	NO	no se programa para el mes	No aplica
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	SI	seguimiento a trabajadores	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Realizar seguimiento y abordaje a los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de inetes en salud publica	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en los relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud.	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Participar activamente en las jornadas de salud pública	SI	Participacion en jornada de la Subred	Listado de asistencia
Seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	NO	No se identifican casos en el mes	No aplica
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de formatos solicitados por el espacio	Entrega de soportes de UTI
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio..	SI	Arreglo de formatos de acuerdo a solicitud del espacio	Entrega de soportes de UTI
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos .	SI	Entrega de informes solicitados en fechas establecidas	Tablero de indicadores e informacion solicitada
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Presentacion de soportes	Soportes de acciones establecidas
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Asistencia a reuniones programadas por el espacio	Acta y listado de asistencia
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.	NO	No se presenta	No aplica
Velar y responder por los recursos y adecuado funciponamiento de los equipos documentos y bienes muebles	SI	Uso adecuado de insumos	No aplica
Pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros dias calendario de cada mes	SI	Pago de seguridad social de forma pertinente	Planilla de pago seguridad social

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $ 1.613.395 (UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS)

Viviana Aldana 1026275109

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026275109		ALDANA MARTINEZ VIVIANA DIRLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 68 D Bis 2B 82	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6457720	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	342075284	8479733572	I	2018/06/06	2018/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	1026275109 ALDANA VIVIANA		230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total Afiliados(1)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026275109		ALDANA MARTINEZ VIVIANA DIRLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 68 D Bis 2B 82	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6457720	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	342075284	8479733572	I	2018/06/06	2018/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800