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
Fecha de aprobación	9/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ALEXANDRA ARIZA LUNA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52325935							
CORREO ELECTRONICO:	monicariza06@gmail.com				CELULAR:	3105744056							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY SU-35												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	KENNEDY							
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:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590401001								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0732-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1108	26/06/2018		NÚMERO DE CRP	28432	FECHA	30/06/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestion 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 ESE 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%			$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:	$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 **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5%	APORTE PENSION	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8480777544	$818.842,00	$102.400	$131.100	3	$20.000	**$253.500**

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

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Salud Pública									
								Sede: Unidad de servicios Kennedy		
No. DE CONTRATO:	0732 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	7	2.018		30	7	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA		C. C.		52.325.935		DE		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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 ESE 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 del perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad oportuna y pertinencia según parámetros descritos del componente espacio y/o proyectos especiales acciones de inspección vigilancia y control, redes, mesas consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sea requerido y asignados, en el contrato vigente entre la red sur occidente y la secretaria distrital de salud	SI	Para el mes de Julio se realiza 1 plan de acción y concertación en la I.E.D Isabel II, 1 plan de acción y concertación en la I.E.D Marsella, 10 sesiones entre ciclo 2 y 3 en la IED Marsella, 10 sesiones entre ciclo 2 y 3 en la I.E.D Isabell II, 8 sesiones entre el ciclo 2 y 3 en la IED Floresta.	Actas, Listados
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-subred sur occidente	SI	Para el mes de Julio se realiza 1 plan de acción y concertación en la I.E.D Isabel II, 1 plan de acción y concertación en la I.E.D Marsella, 10 sesiones entre ciclo 2 y 3 en la IED Marsella, 10 sesiones entre ciclo 2 y 3 en la I.E.D Isabell II, 8 sesiones entre el ciclo 2 y 3 en la IED Floresta.	Actas, Listados
Se realiza canalización a los casos identificados prioritarios y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones instituciones distintas al sector salud	SI	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos ya sea para SIVIM, SISVAN, SISVECOS, SISVESOS, SIVIGILA, Canalizaciones de la subred suroccidente.	En este mes se realizan canalizaciones
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	NO	Se realiza cuando se solicite	En este mes no se realiza
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	NO	Se realiza cuando se solicite	En este mes no se realiza veeduría
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la red suroccidente o las contempladas en el plan de acción de espacio asignado	NO	Se realiza cuando se solicite	En este mes no se realiza
Se realiza entrega de soportes y evaluar por la custodia de los mismos.	SI	Se entrega los soportes de acuerdo a las actividades y cronograma establecido	Actas, Listados,
Se realiza ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos de acuerdo a las pre auditorias del referente espacio asignado, Se realiza entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	NO	Se realiza cuando se solicite	En este mes no se realiza
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o de la SDS asistir a asistencias técnicas convocadas por la subred suroccidente ESE como SDS	SI	Se realiza entrega de soportes debidamente diligenciados	Actas. Listados
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos, o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	SI	se vela por los recursos otorgados por la unidad de servicios de salud.	

Pagar sus aportes a sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los 15 primeros días calendario de cada mes	SI	Se paga mensualmente los aportes	Soporte de pago por medio de la planilla de pago del mes de Julio 2018.
Dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	Se da cumplimiento a las lineamientos según lo establecido desde la secretaria distrital de salud realizando la respectiva lectura de lineamientos de espacio educación	Lineamientos Espacio Educativo
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiere lugar	SI	Para el presente contrato no se realiza descuento de glosas.	
Aplicar las políticas de calidad de la institución y participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión.	SI	Se aplican las políticas de calidad de la institución . Conversatorio con temas relacionados por la subred suroccidente según el cronograma establecido por la institución	Listado de asistencia , pretest y postest.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

52.325.935

MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA C.C. 52,325,935 DE

BOGOTA

SUPERVISOR: Yasmith Pinzón Parra

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52325935		ARIZA LUNA MONICA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 80 # 8c 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8148690	SI

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	351851011	8480777544	I	2018/07/10	2018/07/11	BANCO DAVIVIENDA	1	$380,500

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
1	CC	52325935	ARIZA MONICA																		230301	30	$1,228,000	$196,500	EPS005	30	$1,228,000	$153,500		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,000	$30,000	0	$0	$0	No	$380,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0		$380,000

PAGADO

2018/07/17 08:25 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52325935		ARIZA LUNA MONICA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 80 # 8c 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8148690	SI

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	351851011	8480777544	I	2018/07/10	2018/07/11	BANCO DAVIVIENDA	1	$380,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$200	$0	$196,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,500	$200	$0	$196,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$100	$0	$30,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$100	$0	$30,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$200	$0	$153,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$153,500	$200	$0	$153,700
TOTAL				**1**	**$380,000**	**$500**	**$0**	**$380,500**

PAGADO

2018/07/17 08:25 PM