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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA YILENY GRIMALDO DUQUE											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52418584						
CORREO ELECTRONICO:	cgrimaldoduque@hotmail.com				CELULAR:	3103033483						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	ASDINCGO						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37T08	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	16516166219								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3580-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1					
NÚMERO DE CDP	28	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	16210	FECHA	01/02/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Desarrollo institucional 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	2	2020		29	2	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.982.400										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.947.200,00
VALOR EJECUTADO	$4.982.400,00
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.982.400,00
VALOR A LIBERAR	$0,000
SALDO POR EJECUTAR	$9.964.800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33,3%

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 **$2.194.508**, 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
40428028	$1.992.960,00	$210.000	$268.800	3	$41.000	$519.800

Dado en Bogotá a los (29) días del mes de febrero del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Liliana Ríos Velandia
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Yileny Grimaldo Duque
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:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		Sede: ASDINCGO						
No. DE CONTRATO:	3580-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.020		29	2	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA YILENY GRIMALDO DUQUE		C. C.	52.418.584			DE	BOGOTA	

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Liderar la formulación y(o actualización de Proyectos de inversión de la Subred Sur Occidente en conjunto con el referente técnico asignado según metodología indicada y presentarlos oportunamente al ente territorial	SI	-Se adelantò la formulaciòn del proyecto de inversiòn para la adquisiciòn e instalaciòn de ascensored para la USS Occidente de KENNEDY	Proyecto en formulaciòn
2. Apoyar a los referentes técnicos en la elaboración o gestión de estudios ylo documentos que se requieran para la aprobación de los proyectos, presentarlos oportunamente y hacer el seguimiento y gestión a las observaciones emitidas por el ente validador para agilizar el aval de los proyectos	SI	-Se realizó ajuste del proyecto: "ADECUACIÓN ESTRUCTURAL, REORDENAMIENTO Y DOTACIÓN PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIOTARIA EN SALUD 29". -Se realizó ajuste del proyecto: "ADQUISICIÒN Y REPOSICIÓN DE UPS PARA LA PRESTACIÒN CONTÌNUA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA SUBRED SUR OCCIDENTE".	Proyectos ajustados
3. Participar en las reuniones institucionales a que haya lugar en pro de agilizar emisión de avales o trámites requeridos por los proyectos	SI	Se asistiò a reuninòn para ajuste de informaciòn financiera del proyecto por APP: Construcción y Dotación del Hospital Bosa	Listado de asistencia
4. Realizar seguimiento a la ejecución de los diferentes proyectos de inversión	SI	-Se realizó ajuste 3 del Plan Bienal de Inversiones en Salud vigencia 2018-2019 del proyecto de inversión: "DISEÑO, FINANCIACIÓN, CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN, OPERACIÓN, REPOSICIÓN, MANTENIMIENTO Y REVERSIÓN DE LOS EQUIPOS Y DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL DE BOSA".	Ajuste 3 PBIS 2018-2019
5. Gestionar la óptima ejecución de los convenios y/o contratos a su cargo	NO	En el periodo no se asignaron tareas relacionadas.	N/A
6. Realizar seguimiento a la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Sur Occidente con el Fondo Financiero Distrital de Salud	NO	En el periodo no se asignaron tareas relacionadas.	N/A
7. Participar en reuniones programadas por la Secretaría Distrital de Salud u otras instituciones y las convocadas por la Subred Sur Occidente, relacionadas con la ejecución de proyectos y/o convenios.	NO	En el periodo no se asignaron tareas relacionadas.	N/A
8. Participar en los comités técnicos y operativos de acuerdo a la designación realizada por la Subred y en concordancia con la ejecución de los diferentes convenios y o contratos	SI	-Se asistiò a comitè operativo para los diferentes convenios, particularmente en lo relacionado con las dotaciones	Listado de asistencia
9. Participar en los procesos de control social dirigidos a los proyectos de inversión	NO	En el periodo no se asignaron tareas relacionadas.	N/A
10. Apoyar los procesos de mejora así como la preparación y mantenimiento de la Acreditación institucional.	SI	-Se asistió a reuniòn para revisiòn de planes de mejora del estandar 137 de la mesa de tecnologia. -Se elaborò procedimiento para evaluaciòn de costos beneficios en el uso de la tecnologia.	Documentos enviados para revisiòn
11. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto del contrato	SI	En el periodo no se asignaron tareas relacionadas.	N/A

OBSERVACIONES: N/A.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Cuatro Millones novecientos ochenta y dos mil cuatrocientos pesos M/Cte. ($4.982.400)

Claudia Y. Grimaldo D

CLAUDIA YILENY GRIMALDO DUQUE
C.C. 52,418,584

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

LILIANA RIOS VELÀNDIA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52418584	Claudia Yileny Grimaldo Duque	CALLE 173 18-60 TORRE 2 APARTAMENTO 0001	4648952	cgrimaldoduque@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I	07/02/2020	40428028	$519.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	210.000	0		0		0	0	0	0	210.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	268.800	0	0	0	0	0	0		268.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.000				41.000	0	0	41.000			410	41.000	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	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	210.000	210.000
Pensión	1	268.800	268.800
Riesgos Laborales	1	41.000	41.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES		519.800	519.800

40428028

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