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		2	
NÚMERO DE CDP	28	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	16210	FECHA	01/03/2020
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	3	2020		31	3	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	$9.964.800,00
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.982.400,00
VALOR A LIBERAR	$0,000
SALDO POR EJECUTAR	$4.982.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66,7%

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
574136447	$1.992.960,00	$249.120	$318.874	3	$48.549	$616.542

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de marzo del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Liliana Ríos Velandia
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Y. Grimaldo D.
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	3	2.020		31	3	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 reuniòn 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 realizò 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 VELANDIA

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

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52418584-	Claudia Yileny Grimaldo Duque	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2020	2	2020	411160€

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 173 18-60 TORRE 2 APARTAMENTO	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4648952		cgrimaldoduque@hotmail.com	7110	0	1	2020/03/05	574136447

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	249.200	0		0		0	249.200	0	0	0	249.200	0		0	0	249.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	318.900	0	0	0	0	0	0	318.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	48.600		0	0	48.600
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	48.600		0	486	48.600

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	318.900	318.900
SALUD	249.200	249.200
RIESGOS LABORALES	48.600	48.600
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	616.700	616.700

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