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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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			5 DE 6			
NÚMERO DE CDP	572	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	24338	FECHA	30/04/2020			
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	6	2020		30	6	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:	$29.894.400,00
VALOR EJECUTADO	$24.912.000,00
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.982.400,00
VALOR A LIBERAR	$0,000
SALDO POR EJECUTAR	$4.982.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83,33%

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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
643136790	$1.992.960,00	$249.120	$59.789	3	$48.549	$357.457

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO 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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	6	2.020		30	6	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 aportó para la respectiva actualización el informe mensual de inversión del convenio 1864 como a poyo al profesional que lidera el proceso.	Documento de informe mesual de seguimiento a convenio
2. Apoyar a los referentes técnicos en la elaboración o gestión de estudios y/o 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 atendieron oportunamente todas las solicitudes y requerimientos tales como informes, soportes de seguimiento, respuesta a antes de control, respuestas a solicitudes de la SDS en lo referente a los antecedentes y desarrollo de los contratos derivados del convenio 1864 (consultoría y obra 4763 , interventoría 5205 y consultoría PRM 4225)	Proyectos ajustados - Informes, oficios, documentos generados, presentaciones de obras y proyectos.
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 el seguimiento a los productos presentados por los contratistas de obra y a los documentos presentados por la interventoría como soporte de su proceso.	Informes, oficios, documentos generados, presentaciones de obras y proyectos.
5. Gestionar la óptima ejecución de los convenios y/o contratos a su cargo	SI	Se atendieron oportunamente todas las solicitudes y requerimientos tales como informes, soportes de seguimiento, respuesta a antes de control, respuestas a solicitudes de la SDS en lo referente a los antecedentes y desarrollo de los contratos derivados del convenio 1864 (consultoría y obra 4763- DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA TORRE DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OCC DE KENNEDY , interventoría 5205 y consultoría PRM 4225)	Informes, oficios, documentos generados, presentaciones de obras y proyectos.
6. Realizar seguimiento a la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Sur Occidente con el Fondo Financiero Distrital de Salud	SI	Se realizó el respectivo seguimiento a todas las tareas derivadas del convenio asignado	Informes, oficios, documentos generados, presentaciones de obras y proyectos.
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.	SI	Se asistió a las reuniciones programadas tanto por la SDS como por la subred y las entidades que intervienen en cada contrato para dar cumplimiento a los requerimientos propios de la ejecución del convenio.	Informes, oficios, documentos generados, presentaciones de obras y proyectos.
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 asistió y apoyo cada comité técnico y operatico programado para el seguimiento a la ejecución del convenio y de los contratos derivados.	Listado de asistencia
9. Participar en los procesos de control social dirigidos a los proyectos de inversión	NO		N/A
10. Apoyar los procesos de mejora así como la preparación y mantenimiento de la Acreditación institucional.	SI	Se apoyó cada requerimiento y solicitud enfocado en la preparación y mantenimiento de la acreditación institucional.	Documentos enviados para revisiòn
11. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto del contrato	SI	Se apoyaron otros requerimientos de la entidad referentes a los conocimientos técnicos en software aautocad y los demás solicitados y atendidos.	

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 Yiliny 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	5	2020	431346E

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	2020/06/03	643136790

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	59,800	0	0	0	0	0	0	59,800	1

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

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

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

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 A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	59,800	59,800
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	357,600	357,600

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6 / 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA GRIMALDO DUQUE

CC 52418584 DE BOGOTÁ

La suma de $4.982.400 por concepto de: Prestación de Servicios como profesional especializado II en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 30 de junio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3580 – 2020.

Claudia Y. Grimaldo D.

CLAUDIA Y. GRIMALDO DUQUE

CC 52418584 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 16516166219