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**											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	**7**	**2020**		**31**	**7**	**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	**$29.894.400,00**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$4.982.400,00**
VALOR A LIBERAR	**$0,000**
SALDO POR EJECUTAR	**$0**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**100,00%**

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
643136790	$1.992.960,00	$249.120	$318.874	3	$48.549	**$616.542**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JULIO 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

*Planilla sin fecha de pago

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 SERVICIOS 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	7	2.020		31	7	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 entes 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 entes 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)**

C. Yileny G. 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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 7 / 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 31 de julio 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

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 2001	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	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	07/07/2020	43870713	$616.700	

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	249.200	0		0		0	0	0	0	249.200	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	318.900	0	0	0	0	0	0		318.900	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	830603790-5	48.600				48.600	0	0	48.600			486	48.600	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	249.200	249.200
Pensión	1	318.900	318.900
Riesgos Laborales	1	48.600	48.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	616.700	616.700

PAGADA
43870713

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