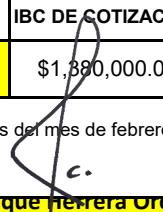
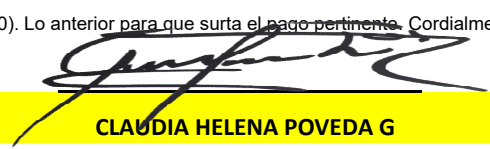
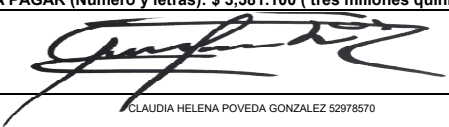
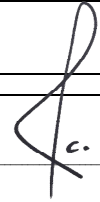


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
			Fecha de aprobación	2/15/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			claudia Helena Poveda Gonzalez										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	x	C.E	NO.			52978570				
CORREO ELECTRONICO:			helenapoveda@gmail.com			CELULAR:			3108649839				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:			UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE BOSA										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			sede administrativa			SEDE:			Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU37R11	100											
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4870326115			PENSIONADO			No				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			3635			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 3				
NÚMERO DE CDP		28	FECHA	01-28-2020		NÚMERO DE CRP		15704	FECHA	01-31-2020			
OBJETO DEL CONTRATO:			PROFESIONAL II										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
				1	2	2020		29	2	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$3,581,100										
TIPO DE SERVICIOS			Administrativo			RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES:													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$10,743,300					
VALOR EJECUTADO								\$3,581,100					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3,581,100					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$7,162,200					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								33%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
7744071207	\$1,880,000.00	\$172,500	\$220,800	3	\$33,617	\$426,917							
Dado en Bogotá a los () días del mes de febrero del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 Pablo Enrique Herrera Orozco lider ambiental subred NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 CLAUDIA HELENA POVEDA G 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	4/3/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		Gestión Ambiental		Sede: uss kennedy															
No. DE CONTRATO:		3635		Periodo certificado desde el		Día		Mes		Año		a		Día		Mes		Año	
						1		2		2,020				29		2		2,020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Claudia Helena Poveda Gonzalez				C. C.		52,978,570						DE		Bogota			
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Profesional II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente																			
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____																			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES				PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS								PRODUCTOS ENTREGADOS					
1. Implementar acciones tendientes al cumplimiento de la normatividad ambiental vigente.				SI		se realizo seguimiento a los servicios de la unidad occidente de kennedy								Listados de asistencia					
2. Participar activamente en el Comité de Coordinación del Plan Institucional de Gestion Ambiental (PIGA)				SI		participacion en el comité ambiental del mes presente								acta de asistencia					
3. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión				NO		N/A								N/A					
4. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema unico de habilitacion				SI		realizacion de seguimiento a la unidad de occidente de kennedy								acta de asistencia					
5. Participar activamente en procesos tendientes al cumplimiento del Sistema unico de acreditacion				NO		N/A								N/A					
6. Proyectar informes y requerimientos que sean solicitados por los entes fiscalizadores (SDA, Contraloria, Secretaria Distrital de Salud, entre otros)				SI		informe sirho e ideam d elas sedes de fontibon y tinal								radicados de informe					
7. Realizar inspección y seguimiento mediante la presentación de indicadores e informes trimestrales de todos los programas incluidos en el PIGA				si		Actualizacion indicador generacion de residuos,								matriz de consumo,					
8. Realizar seguimiento y control a los planes de mejoramiento que se generen producto de las auditorias externas e internas.				NO		N/A								N/A					
9. Actualizar, revisar y socializar los manuales- guías- procedimientos que conduzcan y tengan que ver con el proceso de gestion ambiental en todos sus campos.				NO		N/A								N/A					
10. Formulación, Actualizacion, Implementacion, Seguimiento y Evaluación del Plan institucional de Gestión Ambiental (inspecciones en sedes)				SI		actualizacion indicadores de consumo								correos					
11. Formulación, Actualizacion, Implementacion, Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios				SI		revision de rh1 mes enero - ranking, c								rh1					
12. Realizar auditoria a los Gestores externos de residuos Hospitalarios contratados por la Entidad.				NO		N/A								N/A					
13. Realizar seguimiento a los procedimientos y procesos de Limpieza y Desinfección Hospitalaria articulados con los manuales de Bioseguridad de la institución, ejecutados por el área de Servicios Generales.				SI		Seguimiento a brigada de limpieza y desfeccion en la sede del unidad occidente de kennedy								lista de chequeo					
14. Realizar supervisión a la ejecución del cronograma de la actividad de fumigación				NO		N/A								N/A					
15. Realizar supervisión a la ejecución del cronograma de la actividad de lavado de tanques de almacenamiento de agua potable.				si		se solicito al área de servicios generales el envío del soporte de lavado de tanques de las sedes de Fontibon								soporte de envios					
16. Realizar capacitación a los colaboradores en todos los temas que se enmarcan dentro del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)				NO		N/A								N/A					
17. Realizar acompañamiento en las auditorias de los entes de control dando respuesta a lo relacionado con el componente de gestión ambiental.				NO		N/A								N/A					

18. Gestionar las acciones pertinentes en la Direccion Administrativa que aporten al mejoramiento de la gestión ambiental institucional.	NO	N/A	N/A
19. Asistir a capacitaciones y actividades programadas por los entes de control.	NO	N/A	N/A
20. Apotar al cumplimiento del Plan Operativo de la Subgerencia Corporativa	SI	Envio de indicador de capacitacion envio de indicador de agua y envio de boletin envio de ranking segregacion de residuos	N/A
21. Demás actividades relacionadas con el objeto del contrato.	SI	Solicitud de recoleccion de quimicos participación del viernes de chequeo en las sedes de centro día, Boston, internacional, san pablo y puerta de teja	actas, correos, certificaciones
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3,581.100 (tres millones quinientos ochenta y un mil cien pesos) </div> <div style="text-align: right;">  CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ 52978570 CONTRATISTA: _____ </div> </div>			
		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: _____ 	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52978570
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CLAUDIA HELENA POVEDA GONZALEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:		BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:		CARRERA 72D 1-14	TELÉFONO:	4033521
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de saneamiento
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7744071207	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:	AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	562860653

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	\$ 220.800
SUBTOTAL:			1	\$ 220.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 172.500
SUBTOTAL:			1	\$ 172.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 8.300
SUBTOTAL:			1	\$ 8.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 33.700
SUBTOTAL:			1	\$ 33.700

TOTAL PAGADO:	\$ 435.300
----------------------	-------------------