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	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	59314246							
CORREO ELECTRONICO:	carolinalarranagac@gmail.com				CELULAR:	3014433636							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					PA21								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO TRABAJO				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62492085265										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0603 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 de 4	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	FECHA	31/01/2018	8275
	699	FECHA	23/03/2018			28/03/2018	18610
	804	FECHA	14/04/2018			30/04/2018	20073
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtual al contrato de interadministrativo No. 077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	5	2018		30	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA %	$0					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades,licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que se repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar a los soportes).

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.282.620
VALOR EJECUTADO	$12.282.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $1,953,105 , 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
8478942863	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Carolina Larrañaga C.
DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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:	ESPACIO TRABAJO				Sede: SUR						
No. DE CONTRATO: 0603 de 2018		Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE		1	5	2.018		30	5	2.018		
			C. C.			59.314.246	DE		PASTO		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtual al contrato de interadministrativo No. 077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distritel de Salud.	SI	Realizar asesoria a ADOLESCENTES localidades: BOSA	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS subred suroccidente.	SI	Realizar asesoria a ADOLESCENTES localidades: BOSA	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	En las intervenciones ejecutadas, se educa sobre los derechos y deberes en salud que debe conocer la población	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza la entrega de soportes cuando son requeridos por el lider del espacio	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Se realiza ajustes cuando es requerido por el lider	Ajustes realizado cuando es requerido por el lider
Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social en salud durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los primeros 15 dias calendario de cada mes	SI	Se realiza pago mensual de los aportes correspondientes dento de los primeros 15 dias	Soporte de pago de aportes en salud y pensión
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	Se da cumplimiento a los lineamientos establecidos según lo establecido desde la secretaria distrital de salud	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente
Aplicar las políticas de calidad de la institución y participar activamente en los procesis de acreditación y sistema integrado de gestión	SI	Se aplican las politicas de calidad de la institución	Formatos # 36 de asesoria a Adolescente

OBSERVACIONES: SE ADJUNTAN (4) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($3,070,656)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
Diana Carolina Larrañaga C.
59 314 246

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

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

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	31984163	8478942663	I	2018/05/11	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,600	$0	$0	$196,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,600	$0	$0	$196,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,600	$0	$0	$153,600
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$153,600	$0	$0	$153,600
TOTAL				1	$380,200	$0	$0	$380,200

PAGADO

2018/05/07 02:01 PM

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	31984163	8478942863	I	2018/05/11	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
1	CC	59314246	LARRAÑAGA DIANA	230301	30	$1,228,262	$196,600	EPS016	30	$1,228,262	$153,600	0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/05/07 02:01 PM

Scanned by CamScanner