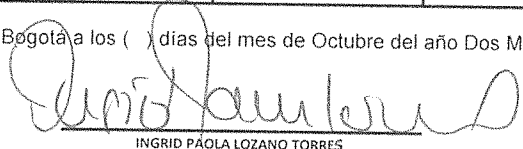
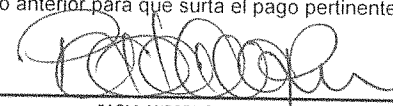


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				PAOLA ANDREA GUARIN ACOSTA															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1018403570										
CORREO ELECTRONICO:				paolaguarin2805@gmail.com				CELULAR:		3118313368									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								3											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				DIRECCION GESTION DEL RIESGO- CONVENIOS FDL				SEDE:		SU42									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		F01	100%																
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				9070237384				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5769-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 1							
NÚMERO DE CDP		1612		FECHA		28/09/2018		NÚMERO DE CRP		43716		FECHA		04/10/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		10		2018				31		10		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.474.240															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%											
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$3.747.240											
VALOR EJECUTADO								\$3.747.240											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.747.240											
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 <u>minimo</u> 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 minimo legal vigente.																			
Número de Planilla		IBC DE COTIZACION		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
8483547931		\$1.498.896,00		\$187.362		\$239.823		3		\$36.513		\$463.698							
Dado en Bogotá a los () días del mes de Octubre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.																			
 INGRID PAOLA LOZANO TORRES DIRECTORA GESTION DEL RIESGO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 PAOLA ANDREA GUARIN ACOSTA C.C 1018403570 DE BOGOTA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA											

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión

3

Fecha de aprobación

15/02/2018

Código

04-02-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO-CONVENIOS FDL		Sede: SU42						
No. DE CONTRATO:	5769-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2 018		31	10	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA GUARIN ACOSTA		C. C.	1 018 403 570			DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento

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

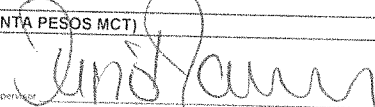
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Participar de procesos de inducción y re inducción con relación a la ejecución de los proyectos de la localidad de Kennedy. Puente Aranda, Fontibón y Bosa	SI	Reuniones de Equipo para revision de soportes y cumplimiento de actividades Reunion con lider de FDL para organizar acciones de los Convenios	Actas
2. Planear, coordinar y realizar seguimiento al cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas que se encuentran en los proyectos en concordancia con el cronograma establecido, con base en la formulación del proyecto y las fichas técnicas que son su responsabilidad.	SI	Comité Técnico Seguimiento Kennedy CIA 199/2017 Conversatorios de la Subred Sur Occidente E.S.E. Elaboración: Cronograma Mensual. Informe de Gestión del periodo Informe Ejecutivo del periodo Informe Gobierno del II Pago Informe Financiero del II Pago Rectificación Medias Participación Consejo Local de Discapacidad y presentación ante la JAL Gestión administrativa y entrega de ayudas técnicas de la localidad de Kennedy	Actas Cronograma Informes Listados
3. Seguimiento mensual al proceso de contratación de proveedores, gestión para la obtención de los materiales y transporte necesario para la ejecución de los proyectos	SI	Seguimiento a la ruta de transporte del Convenio CIA 199/2017 Gestión administrativa proveedor de los elementos de cuidado de piel	Planillas de Transporte Acta
4. Participar en las presentaciones ante las Juntas Administradoras Locales, Concejos Locales de Discapacidad, Comité Técnico y reuniones de seguimiento con interventoría, S.D.S., Alcaldías Locales, así como articulación al interior y fuera de la ESE.	SI	Comité Técnico Seguimiento Kennedy CIA 199/2017 Participación Consejo Local de Discapacidad y presentación ante la JAL	Acta
5. Presentar cronograma mensual de actividades, informes mensuales y cuentas de cobro con los soportes correspondientes a lo operativo y administrativo para sustentar los informes de ejecución en los formatos establecidos por la S.D.S., Alcaldías e interventoría según requerimiento, sistematización con periodicidad mensual de bases de datos	SI	Cronograma Mensual. Informe de Gestión del periodo Informe Ejecutivo del periodo Informe de Gobierno del II pago Informe Financiero del II pago Cuenta de Cobro del periodo reportado	Cronograma Mensual Informes Cuentas de Cobro
6. Apoyar la realización de las Visitas domiciliarias y el diligenciamiento de los formatos, para el caso de Banco de Ayudas Técnicas	NO	Para esta obligación contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado	Para esta obligación contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado
7. Organizar y realizar la entrega de las ayudas técnicas asignadas y sesiones de capacitación y reentrenamiento a los beneficiarios	SI	Gestión administrativa y entrega de ayudas técnicas de la localidad de Kennedy	Acta Listados
8. Realizar el seguimiento a la contratación de los proveedores, visitas de verificación a los proveedores para los BAT.	SI	Recepción de las ayudas técnicas de cada uno de los grupos donde se verifica que estén de acuerdo a lo solicitado	Acta Facturas
9. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC, POS y los proyectos del FDL. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos identificados en el proyecto y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar, en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud	SI	Se retroalimenta las canalizaciones enviadas por las instituciones y veedores (Alcaldía Local, COIS,)	Correo Base datos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3.747.240 (TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCT)


PAOLA ANDREA GUARIN ACOSTA - C.C. 1018403570 DE BOGOTÁ
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha de recepción y firma de recibido supervisor


INGRID PAOLA LOZANO TORRES DIRECTORA GESTION DEL RIESGO

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018403570		GUARINI ACOSTA PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 31B-20 APTO 408	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2013341	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	20903156	8483547931	I	2018/10/17	2018/10/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$463,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	1018403570	GUARINI PAOLA	30	\$1,498,896	\$239,900	EP0017	30	\$1,498,896	\$187,400	0	0	\$1,498,896	\$187,400	0	0	\$1,498,896	\$36,600	14-28	30	\$1,498,896	\$36,600	
Total Afiliados(1)					\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400			\$1,498,896	\$187,400			\$1,498,896	\$36,600			\$1,498,896	\$36,600	

analog

2018/10/03 10:13 AM