Sur Occidente E.S.E.

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

Version	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA ESMERALDA PINTO CAMARGO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51795280						
CORREO ELECTRONICO:	sopin12@hotmail.com				CELULAR:	3143805961						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					3							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO- CONVENIOS FDL				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU42 K08	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	9070225603								PENSIONADO:	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3848 2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**1 DE 2**			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12 de enero 2018	**NÚMERO DE CRP**	10243	**FECHA**	43131			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales 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		
		15	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
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:	$4.708.338
VALOR EJECUTADO	$1.637.683
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.637.683
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35%

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
26378013	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los) días del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Version	3
Fecha de aprobación	15-02-2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO-CONVENIOS FDL		**Sede: SUR - UPA 26 ALCALA MUZU**						
No. DE CONTRATO:	2051 2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			15	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA ESMERALDA PINTO CAMARGO		**C. C.**	51.795.280			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales 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 institucional

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 induccion y re induccion con relacion a la ejecución de los proyectos de la localidad de Kennedy, Puente Aranda, Fontibon y Bosa	SI	Induccion con Monica Bello Coordinadora Fondo de Desarrollo Local Reunio e induccion con Paola Guarin para organizar acciones de los convenios CIA 194/2016 Y CIA 199/2017.	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	Gestion administrativa de las bases de datos de los convenios BAT Kennedy CIA 194 Y CIA 199 para realizar seguimientos, retomas y reasignaciones	Actas Listados Base de Datos Formatos diligencidos
3. Seguimiento mensual al proceso de contratacion de proveedores, gestión para la obtención de los materiales y transporte necesario para la ejecución de los proyectos	NO	Para esta obligacion contractual no se tiene ninguna actividad programada	Para esta obligacion contractual no se tiene ninguna actividad programada
4. Participar en las presentaciones ante las Juntas Administradoras Locales, Concejos Locales de Discapacidad, Comite Técnico y reuniones de seguimiento con interventoria, S.D.S., Alcaldias Locales, asi como articulación al interior y fuera de la ESE	SI	Reunion pr tecnico CIA 199/2017 Consejo local de discapacidad y eleccion de veedores	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., Alcaldias e interventoria segun requerimiento, sistematizacion con periodicidad mensual de bases de datos	SI	Elaboracion de cronograma mes de marzo Entrega de base de datos de los seguimientos Actividad de contingencia en la organizacion de la papeleria CIA 194/2016	Cronograma Listados Base de Datos Formatos diligenciados
6. Apoyar la realización de las Visitas domiciliarias y el diligenciamiento de los formatos, para el caso de Banco de Ayudas Técnicas	SI	Realizar seguimientos de vigencia anterior	Formatos diligenciados
7. Organizar y realizar la entrega de las ayudas técnicas asignadas y sesiones de capacitación y reentrenamiento a los beneficiarios	NO	Para esta obligacion contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado	Para esta obligacion contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado
8. Realizar el seguimiento a la contratacion de los proveedores, visitas de verificacion a los proveedores para los BAT	NO	Para esta obligacion contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado	Para esta obligacion contractual no hay ninguna actividad para el periodo reportado
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 interes en salud publica. 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	O	Se hace seguimientos por parte de Las diferentes Instituciones y referente del proyecto	formatos diligenciados Base de datos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.637.683 (UN MILLON SEICIENTOS TREINTAYSIETEMIL SEICIENTOS OCHENTAY TRES PESOS MCT)

SONIA ESMERALDA PINTO CAMARGO
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd mm aaaa Firma de recibido supervisor

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

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	51795280	Sonia Esmeralda Pinto Camargo	cll 28 sur N. 54 22	2701053	sopin12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	1	20/03/2018	26378013	$241.800

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	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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	97.700	97.700
Pension	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

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

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	51795280	Sonia Esmeralda Pinto Camargo	cll 28 sur N. 54 -22	2701053	sopin12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	20/03/2018	26378013	$241.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Colilla	Sub-tipo	Extranjero	Colilla Estudiante	Estudiante	Nov.	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51795280	Pinto Camargo Sonia Esmeralda	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14.28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

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