| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LAURA MICHELE PEREZ CRUZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1016029183 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lauris_c27@hotmail.es | | | | CELULAR: | 3114415868 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON F009 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PÚBLICA | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K29 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0-18858907 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3827-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 9 DE 10 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 39146 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.070.655 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA % | $0 | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $29.478.288 |
| VALOR EJECUTADO | $25.281.725 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.070.655 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

**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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1016014585 | $1.228.262 | $153.533 | $196.522 | 3 | $29.920 | **$379.975** |

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

Yasmith Pirazán Pam

**YASMITH PIRAZAN**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**LAURA MICHELE PEREZ CRUZ**
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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | Salud pública | | | **Sede: Fontibon** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 3827 - 2018 | **Periodo certificado desde el** | | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | | 1 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | Laura Michele Perez Cruz | | **C. C.** | 1.016.029.183 | | | **DE** | Bogotá | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 __X__ NO ____ Servicios: SI ___ 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 estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia segùn parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspecciòn, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institucion cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS. | SI | Realizar 30 sesiones con estudiantes ciclo 1 en los colegios de la localidad de Pte Aranda: Andres Bello, Silveria Espinosa y Benjamin Herrera . 1 Curricular (cierre), Colegio San Bernardino, localidad de BOSA.Entrega de cierre de plan de accion al colegio Benjamin Herrera; elaboracion y entrega del respectivo boletín de la gestion realizada por la estrategia sintonizarte 2018. | Actas.<br>Listados.<br>Fichas técnicas.<br>Narrativas.<br>Material de apoyo. |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas asignadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE. | SI | Realizar 30 sesiones con estudiantes ciclo 1 en los colegios de la localidad de Pte Aranda: Andres Bello, Silveria Espinosa y Benjamin Herrera . 1 Curricular (cierre), Colegio San Bernardino, localidad de BOSA.Entrega de cierre de plan de accion al colegio Benjamin Herrera; elaboracion y entrega del respectivo boletín de la gestion realizada por la estrategia sintonizarte 2018. | Actas.<br>Listados.<br>Fichas técnicas.<br>Narrativas.<br>Material de apoyo. |
| Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento. | SI | No se realizaron caracterizaciones de escenarios para el presente mes. | Caracterización de escenarios. |
| Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sud Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado. | SI | Jornada de vacunacion localidad de Bosa.24/11/2018 | Acta.<br>Listados.<br>Fichas técnicas. |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizafas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS. | SI | No se realizaron canalizaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos. | Formato de canalización. |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria. | SI | Se realiza alistamiento de soportes para auditoria durante el mes. | Acta. |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica. | SI | No se realizaron notificaciones para el presente mes, debido a que no se reportaron casos. | Formato de notificación. |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | SI | Se conocen e informa cuando es pertinente sobre los derechos y deberes en la ejecución de las acciones. | Acta. |
| Facilitar los procesos de Veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. | SI | No se realizaron procesos de veeduría durante el mes. | Acta. |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | Presentación de soportes mes de Noviembre a profesional de apoyo y supervisora de contrato. | Acta. |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. | SI | Se realizan los ajustes correspondientes de acuerdo a pre auditoria realizada por referente y profesional de apoyo. | Ajustes a los productos entregados. |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requerido. | SI | Se presenta y diligencia el drive con el cronograma. | Drive, matriz 1186, cronograma, informe de actividades. Informes de balances. |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sud Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Participación de la reuniónes de equipo y conversatorios. | Listado de asistencia. |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma auditora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. | SI | Llegado el caso se presente motivo de glosa por los productos presentados el mes en curso, se asumira la glosa por parte del contratista. | No se generan productos. |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. | SI | Se da un uso adecuado a los equipos y bienes de la sub red. | No se generan productos. |

**OBSERVACIONES: Se cumple con la entrega de productos para el mes.**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

1016029183

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA MICHELE PEREZ CRUZ

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yasmith Pinzón Perez

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

# AGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDU.

**Fecha creación reporte** 2018-10-15, 05:31:25 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016014585 **Referencia pago(PIN)** 8893687430

**Periodo Cotización** 201810 **Periodo Servicio** 201810

**Cliente:**

## PAGADA 2018-10-08

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA MICHELE PEREZ CRUZ | | | | |
| **Documento** | CC 1016029183 | **Dirección** | CRR 98 B 14 60 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4132045 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1016029183 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | PEREZ CRUZ LAURA MICHELE | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.228.262 | 231001 | | 16 % | $ 1.228.262 | $ 196.600 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12.5 % | $ 1.228.262 | $ 153.600 | $ 0 | 14-28 | 3 | 2.436 % | $ 1.228.262 | $ 30.000 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARP SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 196.600 | $ 0 | $ 0 | $ 153.600 | $ 30.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MES NOVIEMBRE** Laura Peña

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1.COLEGIO BENJAMIN HERRERA JORNADA MAÑANA SEDE C SESION 6 CURSOS 101-201.BENJAMIN SEDE B CURSOS 101-102-201 | 2.COLEGIO ANDRES BELLO JORRNADA UNICA SESION 6 CURSOS 101-102-103-201-202 | 3. | 4 |
| 5 FESTIVO | 6.COLEGIO BENJAMIN HERRERA SEDE B SESION 6 JORNADA MAÑANA CURSOS 203 JORNADA TARDE SEDE B CURSOS 201-202-101-102 | 7.COLEGIO SILVERIA ESPINOSA SESION 6 JORNADA MAÑANA SEDE C CURSOS JARDIN-101-201 JORNADA TARDE SEDE B CURSOS JARDIN 1 Y JARDIN 2 | 8. Colegio Andrés Bello sesión 5. Cursos jardín 1-jardín 2-jardín 3-transición 2. Silveria sede C. Curso jardín-transición. | 9. Jornada Mañana. Curricular cierre de proceso IED San Bernardino Bosa. Sesión 6 curso 203 colegio Andrés Bello. Jornada tarde. Arreglo auditoria. | 10. | 11 |
| 12 FESTIVO | 13.Solicitud día de la familia. | 14. Sesión 6 colegio Andrés Bello. Cursos jardín 1-2-3 y transición. | 15. Alistamiento soportes auditoria. | 16. Entrega de productos pte aranda y elaboracion cuenta de cobro. | 17 | 18 |
| 19. Realizacion y entrega de cierre de plan de accion colegio Benjamin Herrera. Pte Aranda. | 20. Elaboración boletín y 2da visita formato entornos escolares | 21. Elaboración boletín y 2da visita formato entornos escolares. | 22. Entrega de boletin IED BENJAMIN HERRERA. | 23.Elaboracion boletín y 2da visita formato entornos escolares | 24.Jornada de vacunacion localidad de Bosa | 25 |
| 26. Elaboración boletín y 2da visita formato entornos escolares. | 27. Elaboración boletín y 2da visita formato entornos escolares. | 28. Elaboración de boletín y 2da visita formato entornos escolares. | 29. Elaboración de boletín y 2da visita formato entornos escolares. | 30.Reunion Mensual | | |
| | | | | | | |