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.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUS STELLA ANGEL GUITIERREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51721057							
CORREO ELECTRONICO:	luzstellaangel100@gmail.com				CELULAR:	3138379453							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71448552548								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3697-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22800	FECHA	30/04/2018			
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	5	2018		30	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					

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:	5,001,524
VALOR EJECUTADO	5,001,524
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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
8479059596	$781.242,00	$97.700	.125.000	3	$19.031	**$241.731**

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

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Stella Angel G

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	Salud publica									Sede: fontibon F 009		
No. DE CONTRATO: 3697 - 2018		Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año			
			1	5	2.018		30	5	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ		C. C.	51.721.057			DE	BOGOTA				

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por las SDS / ESE.	si	se realiza clasificación a la calidad de cepillado con acompañamiento de la Odontologa a 28 cursos y 30 cursos de primer monitoreo, y 6 cursos de segundo monitore nivel de salud oral en colegios de la localidad de Kennedy , se diligencia formatos de riesgo de salud oral por curso los cuales van debidamente diligenciados, y firmados por los docentes	formato de riesgo salud oral
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	no	no hubo identificacion de escenarios	ninguno
realizar entrega oportuna y con calidad los informes requeridos	si	para este mes se presenta informe requerido por odontologo y profesional de apoyo	listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo alas canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociles para articular el PIC y POS	si	Se realiza visita previa en compañía de la profesional donde hace presentacion y se programa fecha para monitoreo.	formato de canalizacion
realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	si	se realizaron los ajustes necesarios a los soportes requeridos por la referente	fichas tecnicas, formato de salud oral por curso y colegio
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y partaicipacion social con el fin de fortalecer la gestion.	si	Se enncuentra en proceso	ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	si	No hubo eventos pàra notificar ya que no se presentaron	ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	si	durente este mes se alistaron soporte para preauditoria del espacio de educacion	listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar entrega de sopórtes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a corde a las pre au ditorias del referente del espacio asignado	si	se hizo entrega de todos los soportes requeridos por la profesional de apoyo y referente del espacio	formatos de salud oral por curso firmados y debidamente diligenciados, ficha tecnica
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconcistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconcistencia en soportes, entre otras).	si	De presentarse se asumira	ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los documento entregados para la ejecucion de las acividades propias del objeto del presente contrato.	si	Se hace uso adecuado de los recursos de acuerdo al compnnete trabajado	ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras) 1.613,395 PESOS M / CTE UN MILLON SEISIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Luz Stella Angel Gutierrez

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 51721057.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yasmith Pinzon Parra

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

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 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	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	79059596	8479059596	I	2018/05/16	2018/05/07	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
1	CC	51721057	ANGEL LUZ	230301	30		$781,242	$125,000	EPS005	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**

PAGADO

2018/05/07 05:14 PM

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 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-05	2018-05	79059596	8479059596	I	2018/05/16	2018/05/07	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

2018/05/07 05:14 PM