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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZETH ORJUELA VELANDIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024502399							
CORREO ELECTRONICO:	eselov2014@gmail.com				CELULAR:	3194831925							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU 44												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO TRABAJO				SEDE:	Sur							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0084 0071 6083								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0759 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	37009	FECHA	31/08/2018			
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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA %	$0							

OBSERVACIONES: CENTROS DE COSTOS FALTANTES V709(0%), K109(0%)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$27.635.895
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.141.310
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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 **$1.844.293**, 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
8330507040	$1.228.000,00	$155.700	$199.200	3	$30.400	**$385.300**

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIZETH ORJUELA VELANDIA
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ESPACIO TRABAJO							**Sede: SUR**			
No. DE CONTRATO: 0759 - 2018		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	10	2.018		31	10	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZETH ORJUELA VELANDIA		**C. C.**		1.024.502.399		**DE**	BOGOTA			

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 _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos 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 Trabajo	SI	Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio trabajo, APROPIACION CONCEPTUAL DE NUEVOS LINEAMIENTOS y correcciones 3,10,17	ACTAS DE PARTICIPACION, MATERIAL EXPOSICIONES, FOTOGRAFIAS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE	SI	IDENTIFICACION , CARACTERIZACION DE NIÑOS LOCALIDAD PUENTE ARANDA, PRIMERA ASESORIA, CIERRE NIÑOS EN LA MISMA LOCALIDAD,IDENTIFICACION DE CASOS LOCALIDAD DE KENNEDY	Formatos de trabajo infantil y de UTIS
Realizar seguimiento a los menores canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	se presentan canalizaciones	formato activacion de ruta
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se brinda educacion durante el acompañamiento a las familias y niños	No se presentan para este mes
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	SI	Reunion del espacio TRABAJO 17,26	ACTAS DE PARTICIPACION, MATERIAL EXPOSICIONES, FOTOGRAFIAS
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza entrega de soportes el dia 30 del mes en curso	soportes de pre- auditoria
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realiza la base de datos de niños	BASE DE DATOS
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS	SI	ALISTAMIENTO AUDITORIA	No se presentan para este mes
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	No se presentan para este mes	ACTAS DE PARTICIPACION, MATERIAL EXPOSICIONES, FOTOGRAFIAS
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica	SI	Se brinda educacion durante el acompañamiento a las familias y niños	No se presentan para este mes
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	ASISTENCIA TECNICA ACTIVIDAD FISICA SDS 19	Soportes (actas y listados)

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) 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 PESOS M/CTE $ 3.070.655 m/cte

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lizeth Orjuela Velandia CC 1024502399

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

Señor(es): LIZETH ORJUELA VELANDIA
Nit: CC 1024502399
Dirección: CALLE 160 A No.16 D 36 Apto.302
Teléfono: 4668098 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LIZETH ORJUELA VELANDI
Tipo y número de identificación	1024502399
Número de radicación planilla	8330507040
Fecha de pago	10/9/2018
Número de autorización de pago	23386365
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2018
Periodo cotización pensión	Septiembre 2018
Periodo cotización caja	Septiembre 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$385.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$199.200	1
EPS008	Compensar EPS	$155.700	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJA	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1024502389	ORJUELA YELANDIA LIZETH	EPS008	230201																				1.245.000	1.245.000	0	1.245.000	0			186.200	0	0	155.700	0

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