| 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 | | | 10 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 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 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 | $30.706.550 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.070.655 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8330959219 | $1.228.000,00 | $155.700 | $199.200 | 3 | $30.400 | **$385.300** |

Dado en Bogotá en el mes de NOVIEMBRE 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**

| Gobierno de Bogotá D.C. 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 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 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 |
|---|---|---|---|
| Especificos 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 | 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 | ASESORIAS DE NIÑOS LOCALIDAD PUENTE ARANDA, PRIMERA ASESORIA, CIERRE NIÑOS EN LA MISMA LOCALIDADAD ASESORIAS 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 16 | 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 6 | 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(a):** LIZETH ORJUELA VELANDIA
**No. Identificación:** CC 1024502399
**Dirección:** CALLE 160 A NO.16 D 36 APTO.302
**Teléfono:** 4668098 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8330959219

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | LIZETH ORJUELA VELANDIA |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1024502399 |
| Número Planilla | 8330959219 |
| Fecha de Pago | 11/2/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 33356845 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Octubre 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Octubre 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Octubre 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 |

TD 31 90 10/2018

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024502399
APELLIDOS Y NOMBRES: ORJUELA VELANDIA LIZETH

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 0 | 1.245.000 | 1.245.000 | 1.245.000 | 0 | 155.700 | 199.200 | 30.400 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES:

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

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