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
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA CASTILLO HUESA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1020752052						
CORREO ELECTRONICO:	paolach09@gmail.com				CELULAR:	3125642522						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU40											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PAPS11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	427	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20479980081								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0036 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4		
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	19567	FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar sevicios profesionales y de apoyo a la gestion como PROFESIONAL EN ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion y al contrato inter administrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaria Distrital de Salud y la E.S.E.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	5	2018		30	5	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0				

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.282.620
VALOR EJECUTADO	$12.282.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8479014688	$1.228.000,00	$153,500	$196,500	3	$30,000	**$380,000**

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA CASTILLO HUESA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	Version: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Codigo: 04-03-FD-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC- SALUD PUBLICA						**Sede:** SUR			
No. DE CONTRATO	0036 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2018		30	3	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PAOLA CASTILLO HUESA		C. C.		1.020.752.052		DE		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente sin que exista subordinación ni relación laboral alguna prestara sus servicios y conocimientos como ENFERMERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es Productos: SI _X_ NO ___ **Servicios**: SI ___ NO ___

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 la SDS/ESE	SI	Realizar 43 seguimientos al desarrollo de las actividades operativas del componente HCB del espacio de vivienda	Formato de caracterizacion social y ambiental
realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificacion de riesgo establecidos en plan de choque	ND	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	SI	En caso de presentarse en las implementaciones de HCB	Activacion de ruta según corresponda
realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con instituciones distintas al sector salud	SI	Se realiza activacion de ruta de dos casos identificados en la subred sur occidente y se direcciona de forma oportuna para su gestion	Formato de activacion de ruta diligenciado y enviado
informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades operativas del componente HCB del espacio de vivienda	Formato de caracterizacion social y ambiental
facilitar los procesos de veeduria y participacion social con el fin de fortalecer la gestion	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	SI	Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades operativas del componente HCB del espacio de vivienda	Formato de caracterizacion social y ambiental
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza entrega de soportes cuando son requeridos para procesos de revision y digitacion	Formato de caracterizacion social y ambiental
realizar ajustes de manera oportuno cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del refernte del espacio asignado	SI	Complementar actividades de HCB	Formato de caracterizacion social y ambiental
realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se realiza entrega oportuna de la información solicitada por la profesional de apoyo del componente	Correos electronicos con la informacion solicitada y actas de seguimiento
alistar soportes y auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS	SI	Se realiza revision y alistamiento de los soportes del mes correspondiente	Entrega de soportes del mes correspondiente a auditar
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	NO	No se han generado glosas en el proceso	No se han generado glosas en el proceso
participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Subred Sur Occidente ESE	NO	Para este mes no se progroma dicha actividad	Para este mes no se progroma dicha actividad
realizar el seguimiento y abordaje de los casos abordados de eventos transmisibles no transmisibles y de acciones de interes en salud publica	NO	Para este mes no se progroma dicha actividad	Para este mes no se progroma dicha actividad
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se participa y se apoya en asistencias y procesos de induccion convocadas por la subred. Asistir a reuniones de equipo 4 de mayo, revision de soportes 16 y 31 de mayo	Listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

Paola Castillo 1020752052

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL Paola Castillo

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	N.	Razon Social	Clave Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC [redacted]		[redacted]	[redacted]	PRINCIPAL	CALLE 196 A # 20 55	BOGOTA-BOGOTA D.E	5261421	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	[redacted]	[redacted]	[redacted]	1	2018/05/15	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$350,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No	Identificación	Novedad	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[redacted]					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
[redacted]					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
[redacted]					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
[redacted]					[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]		0	$0	$0	14-20	30	$1,228,000	$30,000	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0

PAGADO

2018/05/07 06:17 PM

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020752052		CASTILLO HUESA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 196 A # 20 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5261421	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	34800963	8479014688	I	2018/05/15	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$196,500	$0	$0	$196,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$0	$0	$196,500
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$153,500	$0	$0	$153,500
TOTAL				1	$153,500	$0	$0	$153,500
					$380,000	$0	$0	$380,000

PAGADO

Scanned by CamScanner

2018/05/07 06:37 PM