Secretaría Distrital 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:	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032385910							
CORREO ELECTRONICO:	nicolas050612@gmail.com				CELULAR:	3214873285							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO CAMI I												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62469811471								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0398-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 7 DE 7				
NUMERO DE CDP	1249	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP		32336	FECHA	31/07/2018			
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	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$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:	$18.423.930
VALOR EJECUTADO	$18.423.930
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
1014205167	$1.228.662,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$383.500**

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

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marcela Castro R
MARCELA CASTRO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN SERVICIOS	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	2
			03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	VSP									Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	0398-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	8	2.018		31	8	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ		C. C.		1.032.385.910		DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realiza entrega semanal de productos SIVIM al referente. Los dias 10/08/2018, 17/08/2018,24/08/2018 31/08/2018. 39 casos Correspondientes a la localidad de BOSA	Lista de chequeo con casos
, 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.	SI	Se realizaron 39 casos SIVIM abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad deBOSA , lo cuales se entregan los días 10,17, 24 y 31 Del mes de agosto revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.	Soportes en físico de 39 IEC realizadas en el mes
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	Se realiza activaciones de ruta a espacio de vivienda de 12 casos identificados que requieran de la atencion	Base de intervenciones en magnético enviadas.
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	Casos entregados durante el mes que contibuyen a la realizacion y seguimiento del plan de accion.	39 casos entregados a final de mes, con calidad del dato y depurado en aplicativo.
5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se generan productos durante el mes
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS	SI	Se realiza la concordancia de casos SIVIM del mes de Julio el dia 06/08/2018 y se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1. 31/08/2018 depuracion del mes de AGOSTO subsistema SIVIM	Acta de concordancia y listado de asistencia
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programan productos durante el mes
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programan productos durante el mes
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	SI	Se participa en la reunion de equipo salud mental el dia 03/08/2018 , el dia16/08/2018 se particpa en la reunion de vigilancia epidemiologica	Acta de reunion y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se realiza pre auditoria casos correspondiente al mes de julio el dia 06/08/2018 en aplicativo y físico, con respectivo ajuste en aplicativo	Acta de reunión y listado de asistencia. Correo electrónico.
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	Se realiza seguimiento a casos de 1 alertas y linea 106	Base de intervenciones en magnético enviadas.
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	SI	Durante el mes no se ha realizado busqueda activa de eventos	No se realiza busqueda durante el mes

OBSERVACIONES:

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

Marcela Castro R.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 5/09/2018

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-08-14, 01:12:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014205167

Periodo Cotización: agosto de 2018 **Periodo Servicio:** agosto de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8886991530

PAGADO 14/08/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ		
Documento	CC1032385910	**Dirección**	TV 77 I BIS # 71 D 26 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3111111
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CASTRO RODRIGUEZ MARCELA	**Identificación**	CC 1032385910
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032385910	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,228,262	$ 196,600	(EPS01T) FAMISANAR EPS	$ 1,228,262	$ 153,600	2.436	$ 1,228,262	$ 30,000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380,200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,228,262	$ 1,228,262	$ 1,228,262	$ 0	$ 196,600	$ 153,600	$ 30,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380,200	$ 3,300	$ 383,500

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí ○ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
	MARCELA CASTRO.pdf (Archivado)	MARCELA CASTRO.pdf	Proveedor	Descargar
☐	FEBRERO...pdf	FEBRERO...pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA COBRO MAYO MARCELA CASTRO.pdf	CUENTA COBRO MAYO MARCELA CASTRO.pdf	Proveedor	Descargar
☐	MARCELA CASTRO JUNIO.pdf	MARCELA CASTRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar
	CERTIFICACION JULIO.pdf	CERTIFICACION JULIO.pdf	Proveedor	Descargar

JOTA