6891

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52777157 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | epardoparrado@yahoo.es | | | | CELULAR: | 3118118199 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SU40 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | PAPS 11 | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K12 | 21% | K23 | 15% | K13 | 20% | K14 | 14% | K16 | 20% | K19 | 10% |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 456170220804 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0366-2018 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 1 DE 2 | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | 9080 | FECHA | 31/01/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios 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 | 2 | 2018 | | 28 | 2 | 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: | $6.141.310 |
| VALOR EJECUTADO | $3.070.655 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.070.655 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8325576425 | $1.228.000,00 | $153.500 | $196.480 | 3 | $29.914 | **$379.894** |

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

**ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**ELIANA PARDO PARRADO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

20.02.18

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

## CUENTA DE COBRO 1

**Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**
**NIT 900.959.048-4**
**DEBE A**

**ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO**
**CC. N° 52777157 Bogota**

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0366-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

**NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:** 30 **DIAS**
**VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0**

**TOTAL COBRO:** TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

**TOTAL: $ 3.070.655**

**Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**
**A consignar el valor correspondiente**
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 456170220804
DEL BANCO: DAVIVIENDA

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 0% | $ - |
| K12 | 21% | $ 644.837 |
| K23 | 15% | $ 460.598 |
| K13 | 20% | $ 614.131 |
| K14 | 14% | $ 429.893 |
| K16 | 20% | $ 614.131 |
| K07 | 0% | $ - |
| K18 | 0% | $ - |
| K19 | 10% | $ 307.065 |
| K09 | 0% | $ - |
| TOTAL | 100% | $ 3.070.655 |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017 | | X |
| DECLARO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE | X | |
| QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000) | | X |

**CORDIALMENTE,**

***ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO***
**CC. N° 52777157 Bogota** epardoparrado@yahoo.es
TELEFONO CELULAR No. 3118118199

| 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:** | PIC | | | | | **Sede: PAPS 11 - SU40** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0366-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 2 | 2.018 | | 28 | 2 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ELIANA PARDO PARRADO | | **C. C.** | | 52.777.157 | | **DE** | | BOGOTA |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios 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 ___ 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 y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | SI | Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio vivienda para la acción Cuidado para la Salud Familiar en el componente 3 HCB | Formatos de seguiemento en formato de caracterización, actas de ejecución y listados de asistencia |
| 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 | Se realizaron 15 procesos de caracterización en la localidad de puente aranda, cada uno con el momento de caracterización, unidad de análisis, construcción del plan de acción y socialización del plan de acción | Actas, bases y soportes entregados a profesional de apoyo. |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | SI | Se verifican a menores en aplicativo PAI | Informe final e indicadores |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | Se realiza entrega de acuerdo a la solicitud por prfesional de apoyo durante el mes de febrero de 2018 | Actas de entrega |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado | SI | Se realizaron ajustes correpondientes de acuerdo a solicitudes realizadas por la referente y profesional de apoyo | Soportes con correcciones correspondientes |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . | SI | Se realiza etrega de plan de acción | Se envían al correo electrónico institucional |
| 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). | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada | Formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<br>Formato plan de acción cronograma<br>Listado de reunión de equipo mensual |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Reunión con profesional de apoyo los días 9, 16, 23 y 27 de Febrero de 2018 | Actas y listados de asistencia |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/Cte (3.070.655)**

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA. ELIANA PARDO PARRADO
52777157 Bogotá

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.

**Señor(a):** ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
**No. Identificación:** CC 52777157
**Dirección:** CALLE 20C # 93-25
**Teléfono:** 2660718 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8325576425

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 | ELIANA YASLEIDY PARDO PARR |
| Tipo y Número de Identificación | CC 52777157 |
| Número Planilla | 8325576425 |
| Fecha de Pago | 2/13/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 73923288 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotizacion Salud | Febrero 2018 |
| Periodo Cotizacion Pensión | Febrero 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Febrero 2018 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | $404.600 |
| Total interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NUMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $30.000 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $196.500 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | $24.600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $153.500 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52777157
APELLIDOS Y NOMBRES PARDO PARRADO ELIANA YASLEIDY

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACION PENSION | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 0 | 1.228.000 | 1.228.000 | 1.228.000 | 1.228.000 | 153.500 | 196.500 | 30.000 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

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