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:	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:					SU 40							
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	%
	427	100%										
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 4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	19865	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PSICOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.									
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8327406277	$1.228.000,00	$153.500	$196.480	3	$29.914	**$379.894**

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:

ELIANA PARDO PARRADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	5	2 018		30	5	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIANA PARDO PARRADO		**C. C.**		52 777 157		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PSICOLOGA 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
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 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 31 sesiones en HCB en las localidades de fontibon y Kennedy	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 actas de reunión de analisis matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma 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, révisión de soportes 16 y 31 de Mayo, reunión de equipo 4 de Mayo	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)

Eliana Pardo Parrado 52777157

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIANA PARDO PARRADO

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

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 8327406277

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	8327406277
Fecha de Pago	5/7/2018
Número de Autorización de Pago	1000001303
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$404.800
Total Interes Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.000	1
230301	Porvenir	$196.600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$24.600	1
EPS008	Compensar EPS	$153.600	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	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.228.300	1.228.300	1.228.300	1.228.300	153.600	196.600	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	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

Scanned by CamScanner