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:	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		, NO.	52310306						
CORREO ELECTRONICO:	xiofernandez@hotmail.com				CELULAR:	3014894360						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F 009											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462400044048								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3632 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		22749	FECHA	30/04/2018		
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	5	2018		30	5	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:	$10.644.937
VALOR EJECUTADO	$10.644.937
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 $1953105, 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
27399415	$1.240.000,00	$155.000	$198.400	3	$30.300	**$383.700**

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	Vigilancia Salud pùblica		**Sede: Secretaria** Distrital de Salud						
No. DE CONTRATO:	3632-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.018		30	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		**C. C.**		52.310.306		**DE**	Bogotá	

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 ___ NO_____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Coordinación técnica y administraiva del proyecto	SI	Reunión con equipo para revisión y programación de actividades y fechas de reunión.	Reuniones de recepción y revisión de productos.
b. Elaboracion y seguimiento del plan de accion	SI	Revisión y proyeccion de actividades de acuerdo a lineamiento Distrital	Revisión y proyección de plan de acción
c. Desarrollar mensualmente acciones de seguimiento y verificación de soportes y demas procesos de pre auditoria establecidos para garantizar la calidad de los productos.	SI	Revisión de soportes entregados por el equipo de los diferentes productos y acciones desarrolladas para dar cumplimento a plan de acción.	Actas de entrega listados de asistencia
d. Canalizacion de casos de embarazo temprano con el fin de generar alertas tempranas a partir de la revisión de bases Distritales	SI	Revison de bases Distritales y envio de canalización de casos para generación de alertas tempranas	soportes de envio de canalización.
e.Participar en el pilotaje de experiencias exitosas de la prevención de la maternidad y la paternidad tempranas en las Localidades de Ciudad Bolivar y Suba a partir de experiencias regionales y Nacionales documentadas.	SI	Reunión con referente Distrital para apropiación del tema y generación de formatos	Acta de reunión.
f. Apoyar la implenetación de la Historia clinica materno perinatal SIP PLUS en le Distrito.	SI	Participación en actividades propias de la implementación reuniónes 07,08,16, 21, 22 de mayo.	Actas de reunión.
g. Participacion en mesas de trabajo y reuniones a nivel local, Distrital e intersectorial rralizando actividaes de apoyo solicitadas por el equipo técnico Distrital de Salud Materno Infantil.	SI	Participación en ferias de salud de Mayo(04, 17 y 28) reunión de equipo técnico programada para miercoles 30 de mayo,	Actas, listados y soportes de reunión
j Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso	SI	No aplica para este mes.	No aplica para este mes.
k. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud.	NO	Capacitación sistema de vigilancia de la morbilidda y la mortalida materna basado en la web.	Acta de reunión.
l. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del modelo de atención.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
m. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervencion	SI	Se realiza revisión y seguimiento a plan de acción programado según las acciones establecidas en lineamiento Distrital, así como seguimiento al plan de acción	Revisión del plan de acción
n. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Realizar y cumplir el 100% de las actividades y productos establecidos en el lineamiento Distrital propuesto para el proyecto.	Generar y revisar soportes de las actividades realizadas, actas, listados de asistencia, informes, formatos de IEC y transcripcion de grupos focales.
o. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene.	SI	Revisión de los productos entregados por el equipo, revisión de calidad en las bases y productos, entrega de documentos e informes.	Transcripción grupos focales, entrevistas a la gestante.
p Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicio de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
q. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización.	SI	Se realiza envio de consolidado de canalizaciones correspondiente a los casos identificados en el mes de Abril.	soportes de canalizaciones.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,070,655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

Xiomara Fernandez Bernal 52'310.306

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 5 cupoz ceo

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52310306	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL	Calle 64 A #57-23 torre 2 apto 904 etapa 4	3066173	xiofernandez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27399415	$385.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	155.000	0		0		0	4	500	0	155.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	198.400	0	0	0	0	4	700	0	199.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-28	ARP Sura	800256161-9	30.300				30.300	4	100	30.400			303	30.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	155.000	155.500
Pensión	1	198.400	199.100
Riesgos Laborales	1	30.300	30.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	383.700	385.000

PAGADA 27399415

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52310306	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		Calle 64 A #57-23 torre 2 apto 904 etapa 4	3066173	xiofernandez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

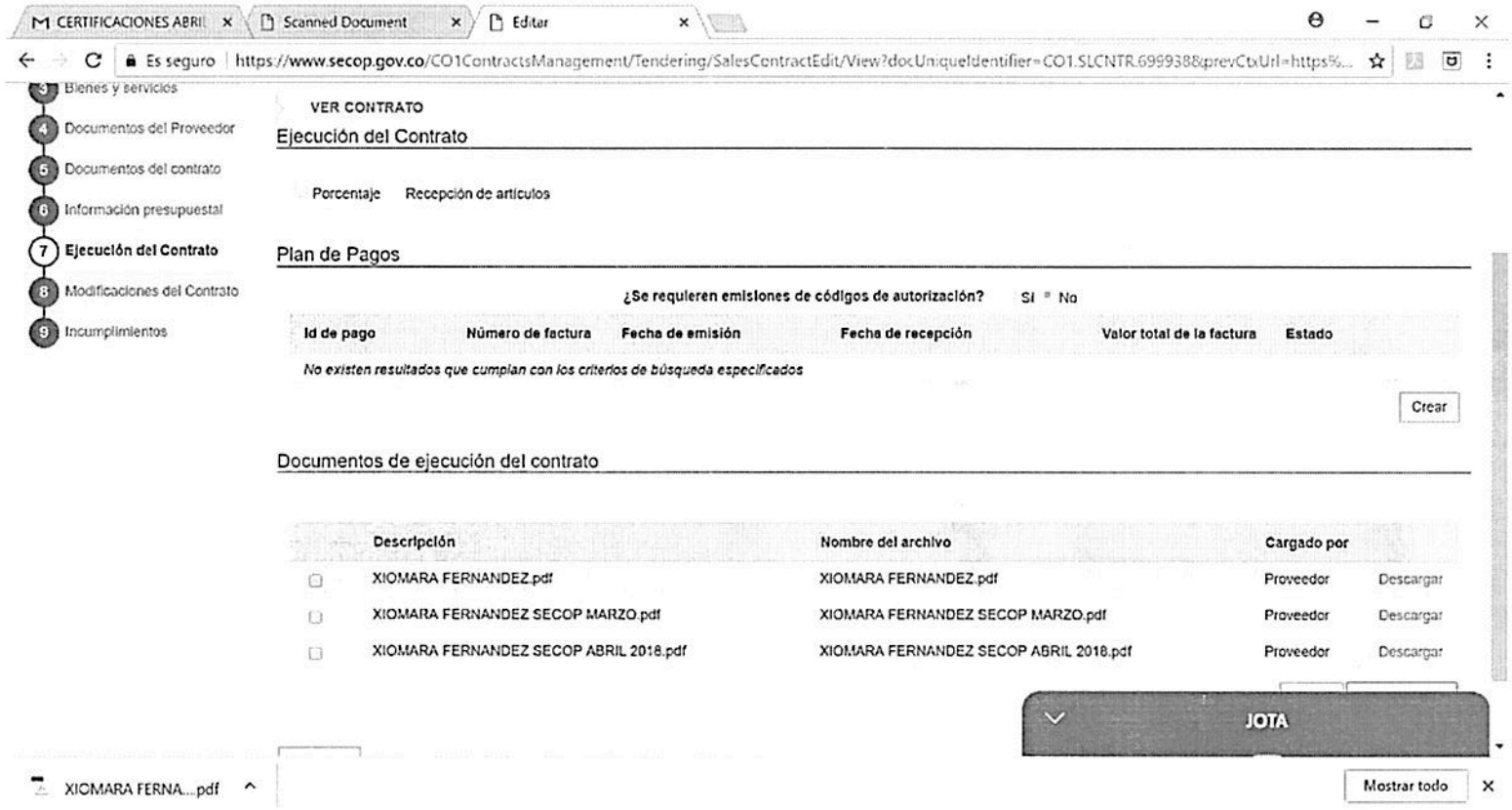
DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27399415	$385.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IDC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52310306	FERNANDEZ BERNAL XIOMARA DEL PILAR	59	0			N																	230301	1.240.000	198.400	0	0	0	0	EPS017	1.240.000	155.000	14-28	1.240.000	3	30.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


CERTIFICACIONES ABRIL
Scanned Document
Editar
Es seguro
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.699938&prevCtxUrl=https%...
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
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI 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
XIOMARA FERNANDEZ.pdf
XIOMARA FERNANDEZ.pdf
Proveedor
Descargar
XIOMARA FERNANDEZ SECOP MARZO.pdf
XIOMARA FERNANDEZ SECOP MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
XIOMARA FERNANDEZ SECOP ABRIL 2018.pdf
XIOMARA FERNANDEZ SECOP ABRIL 2018.pdf
Proveedor
Descargar
JOTA
XIOMARA FERNA....pdf
Mostrar todo