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 6 DE 6		
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	30/06/2018	NÚMERO DE CRP		30630	FECHA	30/06/2018		
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.	7	2018		30	7	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:	$16.786.247
VALOR EJECUTADO	$16.786.247
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
28749304	$1.240.000,00	$155.000	$198.400	3	$30.300	**$383.700**

Dado en Bogotá en el mes de Julio 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 pública		Sede: Secretaria Distrital de Salud						
No. DE CONTRATO:	3632-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	7	2.018		30	7	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 06, 13. 20 ,27 de julio. Elabroración de acta de entrega y revision de productos con referente Distrital 23 de Julio.	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 Julio -Diciembre de 2018	Revisión y proyección de actividades de plan
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 06, 13. 20 ,27 de julio
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, seguimiento a casos de embrazo en menores de 15 años, con canalización de aquellos que presentan barreras de acceso o no se encuentran planificando	soportes de envio de canalización. Y base de seguimiento
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 recibir información de mlinea técnic para la vigencia	Reunion proyectada para el día 30 de julio
f. Apoyar la implenetación de la Historia clinica matemo perinatal SIP PLUS en le Distrito.	SI	Participación en actividades propias de la implementación, revisión de formato adaptado para el Distrito para prueba piloto	Actas de reunión mesa de trabajo, entrega de formato para prueba piloto. 22 de Julio
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 Julio 16 y 26, reunión espacio intersectorial liderado por SDIS 13 de Julio, reunión de equipo técnico programada para miercoles 31 de Julio	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	No aplica para este mes	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	Revisiòn del plan de acciòn
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	Realización de entrevistas a adolescentes gestantes y adolescentes y jovenes no gestantes.	Soportes de entrevistas a la gestante 11y 18 de julio
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 la base de nacidos vivos de adolescentes gestantes hasta los 19 años, para espacio vivienda	soportes de canalizacione s y matriz

OBSERVACIONES:

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

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL 52 310 306

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.

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				
7	2018	7	2018	I	09/07/2018	28749304	$385.300

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	5	600	0	155.600	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	5	800	0	199.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	30.300				30.300	5	200	30.500			303	30.500	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	155.600
Pensión	1	198.400	199.200
Riesgos Laborales	1	30.300	30.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	383.700	385.300

PAGADA 28749304

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	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				
7	2018	7	2018	I	09/07/2018	28749304	$385.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Estudiante	NAG	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VIT	ELN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PEN	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	IBC 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

ABRIL - Google Drive | SECOP II | Colombia Con | Editar

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.699938

osoft Académico | www.greenwichlab.c | Kids Login | Kids A-Z

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Carga
☐	XIOMARA FERNANDEZ.pdf	XIOMARA FERNANDEZ.pdf	Provee
☐	XIOMARA FERNANDEZ SECOP MARZO.pdf	XIOMARA FERNANDEZ SECOP MARZO.pdf	Provee
☐	XIOMARA FERNANDEZ SECOP ABRIL 2018.pdf	XIOMARA FERNANDEZ SECOP ABRIL 2018.pdf	Provee
☐	XIOMARA FERNANDEZ .mayo.pdf	XIOMARA FERNANDEZ .mayo.pdf	Provee
☐	XIOMARA FERNANDEZ JUNIO.pdf	XIOMARA FERNANDEZ JUNIO.pdf	Provee

JOTA