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	09/11/2018	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52711391	
CORREO ELECTRONICO:	njota0209@gmail.com				CELULAR:	3153214862	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 39 ABASTOS						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SUR	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo				%		
	K30				100%		
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5370297557				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0746 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 12 DE 12			
NUMERO DE CDP	2121	FECHA	27/12/2018	NÚMERO DE CRP	51412	FECHA	28/12/2018			
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	1	2019		15	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.535.328									
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:	$35.312.533
VALOR EJECUTADO	$35.312.533
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.535.328
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 **$1953.105** 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
8487701930	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC		Sede: PAPS ABASTOS						
No. DE CONTRATO:	0746 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.019		15	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO		C. C.	52.711.391		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 __X___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos. Distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	se realizan aciones de soporte social de la RBC donde en nodo familias se hacen 8 visitas de primera y 4 de segunda. Para las acciones grupales se desarrollan 4 sesiones para grupo de formacion de lideres, 4 sesiones red de cuidadores, 4 sesiones con desarrollo de capacidades y 2 sesiones con semilleros; con cada uno las sesiones fueron de concertacion y continuidad, plan de trabajo y sesiones segun el enfasis de cada grupo, teniendo un total de 18 sesiones para el mes de enero para la localidad de bosa.	actas, formato CIF, canalizacion, fichas tecnicas, planes de trabajo, diarios de campo listados de asistencia y formato de recoleccion
2. 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.	SI	Se desarrollaron 18 sesiones de trabajo con los grupos establecidos en temas enfocados a fortalecimiento de lideres, cuidando a cuidadores, desarrollo de capacidades cognitivas, corporales y sociales y reconocimiento de la discpacidad con jovenes padrinos. Asi mismo se identificaron casos para las 8 visitas programas de primera y 4 de segunda visita, brindando	actas, formato CIF, canalizacion, fichas tecnicas, planes de trabajo, diarios de campo listados de asistencia y formato de recoleccion
3. Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.	SI	se apoyaran las jornadas establecidas y programadas para el espacio publico pendientes por definir	acta de la jornada
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	SI	Se asiste a las reunion de equipo tecnico de discapacidad programada para el soporte social de la RBC el 15 enero.	Actas y listados de participacion
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	SI	se realiza canalizacion de la poblacion con discapacidad a servicios de salud según la necesidad identificada	formatos de canalizacion
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	SI	aporte a los indicadores de atencion y trabajo con poblacion en condicion de discpacidad en las diferentes etapas de ciclo	informes cuali y cuantitativo mensual de Enero con tablero control
7. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se desarrollaron 18 sesiones de trabajo con los grupos establecidos en temas enfocados a fortalecimiento de lideres, cuidando a cuidadores, desarrollo de capacidades cognitivas, corporales y sociales y reconocimiento de la discpacidad con jovenes padrinos. Asi mismo se identificaron casos para las 8 visitas programas de primera y 4 de segunda visita, brindando la psicoeducacion en salud, derechos y deberes.	planes de trabajo, diarios de campo listados de asistencia y formato de recoleccion
8. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se asiste a las reuniones tecnicas programadas por la subred y/o soporte social de la RBC del mes de enero	Actas y listados de participacion a las asistencias tecnicas
9. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	se realizan 4 sesiones de trabajo con grupo de fortalecimiento de ideres de la RBC con el objetivo de dar continuidad y establecer plan de trabajo, enfocado a acciones pprativo vivencial en la movilizacion de la poblacion con discapacidad	plan de trabajo, fichas tecnicas, diarios de campo y listados de asistencia a cada sesion
10 . Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	4 sesones de trabajo brindando Asesorias a grupos de actores de la RBC, fortalecimiento de lideres, red de cuidadores y desarrollo de capacidad y 2 sesiones de trabajo con grupo de jovenes semilleros de la inclusion para la localidad de bosa.	plan de trabajo, fichas tecnicas, diarios de campo y listados de asistencia a cada sesion
11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado.	SI	se hace entrega semanal del proceso donde se realizan las respectivas indicaciones y ajustes del proceso	acta de trabajo semanal
12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se hace entrega de los productos debidamente diligenciados y con calidad revision y verificacion semanalmente y al final de mes	acta de seguimiento semanal y mensual.
13. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	SI	Se realiza prauditoria de proceeso y presentacion de soportes para firma auditora de SDS con calidad.	Acta de preauditoria y auditoria
14. 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	Se asume el 100% de la glosa generada por la firma auditora si se evidencia algun hallazgo en los sopores que estan bajo mi responsabilidad.	Se asume el 100% de la glosa generada por la firma auditoa si se evidencia algun hallazgo en los sopores que estan bajo mi responsabilidad.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1535328 UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Nini Johanna Arredondo Giraldo 52711391

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52711391		ARREDONDO GIRALDO NINI JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 2a 72 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2930933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-12	2018-12	402991655	8487701930	I	2019/01/23	2019/01/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
1	CC 52711391	ARREDONDO NINI	230301	30	$1,228,262	$196,600	EPS008	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0

PAGADO

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52711391		ARREDONDO GIRALDO NINI JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 2a 72 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2930933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	402991655	8487701930	I	2019/01/23	2019/01/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$380,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,600	$0	$0	$196,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,600	$0	$0	$196,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,600	$0	$0	$153,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$153,600	$0	$0	$153,600
TOTAL				1	$380,200	$0	$0	$380,200

PAGADO

Scanned by CamScanner