| 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 | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LINA CAROLINA VARGAS ARIZA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 53032452 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | linavargas1804@gmail.com | | | | CELULAR: | 3123657296 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | F009 CADE | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 007500874164 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5079-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 5 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 40045 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo 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 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.613.395 | | | | | | | | | |
| 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: | $8.443.434 |
| VALOR EJECUTADO | $6.830.039 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.613.395 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.613.395 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 81% |

**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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30928667 | $781242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$241.685** |

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

**SMITH EDITH LOZANO GUEVARA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**LINA CAROLINA VARGAS ARIZA**
**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 | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | **Sede: SALUD PUBLICA FONTIBÓN** | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5079-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LINA CAROLINA VARGAS ARIZA | | **C. C.** | 53.032.452 | | **DE** | Bogotá | | |

**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 Apoyo Técnico de sistemas 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 |
|---|---|---|---|
| INGRESO DE INFORMACIÓN Y DIGITACIÓN, ORGANIZACIÓN Y DEPURACIÓN DE BASE DE DATOS ASIGNADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA REVISIÓN DEL REFERENTE DEL SUBSISTEMA | SI | *SE REALIZA EL INGRESO DE 250 FORMATOS DE DISCAPACIDAD EN BASE DE DATOS NACIONAL Y DISTRITAL SEGÚN CORRESPONDA<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE 5 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE IEC<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE LOS 450 REGISTROS DE DISCAPACIDAD AL TABLERO DE CONTROL DE ACUERDO A LA ENTREGA SEMANAL<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE TODAS LAS ACTUALIZACIONES QUE ESTABAN PENDIENTES DEL MES DE AGOSTO CON UN TOTAL DE 43 REGISTROS<br>*SE REALIZAN 25 ACTUALIZACIONES DEL MES DE OCTUBRE<br>*SE REALIZAN TODAS LAS ACTUALIZACIONES DEL MES DE NOVIEMBRE | BASES DE DATOS DIGITADAS Y ENVIADAS A SDS |
| *SEMANALMENTE ENTREGAR AL REFERENTE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL SUBSISTEMA ASIGNADO FRENTE A CUMPLIMIENTO DE METAS Y CRITERIOS DE CALIDAD* | SI | SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE FORMATOS DIGITADOS DE LAS DIFERENTES BASES DE DATOS ASIGNADAS | FORMATOS DIGITADOS EN BASE DE DISCAPACIDAD |
| *MANTENER ACTUALIZADA LA BASE DE DATOS DEL SUBSISTEMA ASIGNADO CUMPLIENDO CON CRITERIOS DE CALIDAD (OPORTUNIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD), GENERANDO RESPALDO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL QUE PERTENECE (BACKUP) SEMANALMENTE.* | SI | SE MANTIENE LAS BASES ACTUALIZADAS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS. | BASES DE DATOS DIGITADAS |
| *ENVÍO OPORTUNO DE LA INFORMACIÓN (BASES DE DATOS) DEL SUBSISTEMA ASIGNADO SEGÚN TIEMPOS ESTIPULADOS POR EL LINEAMIENTOS CON CRITERIOS DE CALIDAD Y VERACIDAD* | SI | *SE REALIZA EL INGRESO DE 250 FORMATOS DE DISCAPACIDAD EN BASE DE DATOS NACIONAL Y DISTRITAL SEGÚN CORRESPONDA<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE 5 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE IEC<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE LOS 450 REGISTROS DE DISCAPACIDAD AL TABLERO DE CONTROL DE ACUERDO A LA ENTREGA SEMANAL<br>*SE REALIZA EL INGRESO DE TODAS LAS ACTUALIZACIONES QUE ESTABAN PENDIENTES DEL MES DE AGOSTO CON UN TOTAL DE 43 REGISTROS<br>*SE REALIZAN 25 ACTUALIZACIONES DEL MES DE OCTUBRE<br>*SE REALIZAN TODAS LAS ACTUALIZACIONES DEL MES DE NOVIEMBRE | BASES DE DATOS DIGITADAS. |
| *GENERAR TABLEROS DE CONTROL DE LA BASE ASIGNADA* | SI | SE DILIGENCIÓ TABLERO DE CONTROL JUNTO CON LOS HALLAZGOS DE LA PRE CRÍTICA REALIZADA QUE SE ENCUENTRA EN EL DRIVE | TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO |
| *MANTENER EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO SOFTWARE Y APLICACIONES DE LAS BASES ASIGNADAS DE ACUERDO A REQUERIMIENTOS DE SDS* | SI | SE REALIZÓ UN MANEJO ADECUADO DE LOS APLICATIVOS: COMPROBADOR DE DERECHOS Y GEOCODIFICADOR DE DIRECCIONES DE LOS REGISTROS DE DISCAPACIDAD CON UN TOTAL DE 450 REGISTROS VERIFICADOS | ENVÍO OPORTUNO DE FALLAS PRESENTADAS EN LOS DIFERENTES APLICATIVOS SEGÚN CORRESPONDA |
| *REALIZAR ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A UPGD Y UI FRENTE A LAS BASES ASIGNADAS CUANDO SE REQUIERA* | NO | NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES | |
| *GESTIÓN DEL ARCHIVO DOCUMENTAL BASADOS EN LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN APOYADO POR EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO* | SI | SE MANTIENE ORGANIZADO EL ARCHIVO DE ACUERDO A LA NORMA | ARCHIVO ORGANIZADO |
| *APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES E INDICADORES DE LAS BASES DE DATOS DE SU COMPETENCIA CONFORME A CRITERIOS DE CALIDAD* | SI | SE REALIZA EL APOYO EN LA GENERACIÓN DE INDICADORES DEL SUBSISTEMA DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LO SOLICITADO POR LA REFERENTE | INDICADORES GENERADOS |
| *ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL INTERIOR DEL HOSPITAL (COMITÉ, COVES, COVECOM) Y EN ESPACIOS EXTRA INSTITUCIONALES LOCALES Y DISTRITALES SOBRE EL ÁREA DE INTERÉS Y QUE GENEREN CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO, SOCIALIZANDO POSTERIORMENTE LA INFORMACIÓN OBTENIDA.* | SI | *SE ASISTE A REUNIÓN DE EQUIPO DE NO TRANSMISIBLES EL 19 DE NOVIEMBRE DE 2018<br>* SE REALIZAN Y DILIGENCIAN TODAS LAS ENCUESTAS SOLICITADAS<br>* SE PARTICIPO DEL CONVERSATORIO EL DÍA 09 DE NOVIEMBRE DE 2018<br>* SE REALIZA EMPALME DEL SUBSISTEMA DE DISCAPACIDAD CON LA TECNICO ROCIO ACEVEDO EL DIA 08 DE OCTUBRE DE 2018<br>* TODOS LOS DIAS LUNES SE REALIZA LA RECEPCION DE REGISTROS REALIZANDO LA VERIFICACION EN APLICATIVOS PARA LA VERIFICACION DE DUPLICIDADES Y POSTERIOR INGRESO AL TABLERO DE CONTROL PARA LA DIGITACION<br>* SE PRESENTA AUDITORIA CON LA FIRMA EXTERNA EL DIA 16 DE NOVIEMBRE DE 2018 DEL MES DE OCTUBRE DEL SUBSISTEMA DE DISCAPACIDAD | ACTAS DE ASISTENCIA.<br>ENCUESTAS DILIGENCIADAS |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 UN MILLÓN SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**

Lina Carolina Vargas Ariza $3032452

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido Supervisor: 5/12/2018

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA

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

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **LINA CAROLINA VARGAS ARIZA**, identificada con **CC** número **53032452**, aportó por el empleado **LINA CAROLINA VARGAS ARIZA**, identificado(a) con **CC** número **53032452** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **30928667** para el periodo de salud **2018-10** y pensiones **2018-10** de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE | DIAS COTIZADOS PENSION | DIAS COTIZADOS SALUD | IBC | INDICA VARIA PENSION | COTIZACION OBLIGATORIA | VSP VOLUNTARIA | FSP SOLIDARIDAD | PERIODO | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 59 | 0 | $781.242 | | $19.100 | $0 | $0 | Octubre - 2018 | 30928667 | 02/11/2018 | N |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | 0 | $781.242 | | $15.700 | $0 | $0 | Octubre - 2018 | 30928667 | 02/11/2018 | N |
| EPS023 | Cruz Blanca EPS | 59 | 0 | $781.242 | | $97.700 | $0 | $0 | Octubre - 2018 | 30928667 | 02/11/2018 | N |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 59 | 0 | $781.242 | | $125.000 | $0 | $0 | Octubre - 2018 | 30928667 | 02/11/2018 | N |

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Noviembre de 2018

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 006-1