Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. P	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:	LUZ HELENA JAIMES MORALES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.103.731							
CORREO ELECTRONICO:	lujaimes08@gmail.com				CELULAR:	3183643306							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				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:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	677870912								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4381 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22.08.2018	NÚMERO DE CRP	39496	FECHA	31.08.2018			
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	12	2018		31	12	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:	$21.494.585
VALOR EJECUTADO	$21.494.585
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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
5240631526	$1.230.000,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$380.000**

Dado en Bogotá en el mes de DICIEMBRE del año Dos Mil diecisiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SMITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ HELENA JAIMES MORALES
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD					**Sede: SALUD PUBLICA**			
No. DE CONTRATO:	4381 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.018		31	12	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ HELENA JAIMES MORALES		**C. C.**	53,103,731			DE	BOGOTA	

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
• Realizar la notificación, entrevista, seguimientos y entrega semanal de casos identificados de MNE.	SI	NOTIFICACIÓN Y ENTREVISTA DE LOS CASOS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION, SE ENTREGAN 40 CASOS CON 32 ENTREVISTAS.	FORMATOS DE NOTIFICACIÓN Y ENTREVISTA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS
• Realización de asistencia técnica a las UPGDs Centinelas de la Vigilancia de la MNE a las UPGD.	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Realizar búsqueda activa institucional semanal.	SI	SEMANALMENTE REALIZAR BUSQUEDA A LAS UPGDS ASIGNADAS: CLINICA DE LA MUJER, CLINICA COUNTRY, HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSÉ Y CLÍNICA EUSALUD, SE DILIGENCIA INFORMACIÓN DE LA BAI EN EL TABLERO DE CONTROL EN EXCEL.	TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO EN EL DRIVE
• Participar en la coordinación, selección y elaboración de cronograma de las unidades de análisis Distritales de MNE.	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Elaboración y seguimiento mensual del Cronograma de Actividades programadas para la vigilancia de la MNE.	SI	SE DILIGENCIA Y SE ENVÍA EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN EXCEL PROGRAMADO PARA EL MES DE OCTUBRE	1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DILIGENCIADO
• Elaboración y entrega de informe de gestión.	SI	SE REGISTRA EN EXCEL LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL DIARIO DE CAMPO DE LAS EXPERIENCIAS NEGATIVAS O POSITIVAS ENCONTRADAS EN CADA UNA DE LAS UPGDS ASIGNADAS: CLINICA DE LA MUJER, CLINICA COUNTRY, HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSÉ Y CLÍNICA EUSALUD.	INFORMACIÓN CONSIGANDA EN INFORME DE DIARIO DE CAMPO EN EL DRIVE.
• Diligenciamiento del tablero de control de los productos y reporte semanal en el DRIVE.	SI	SE DILIGENCIA EN LE DRIVE EL TABLERO DE CONTROL CON LOS CASOS NOTIFICADOS (40), DISCRIMINADOS POR PATOLOGÍA 29 PREMATUROS, 11 SEPSIS Y 0 ASFIXIA.	TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO EN EL DRIVE

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,070,655 (TRES MILLONES CERO SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE)

LUZ HELENA JAIMES M 53103731

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53103731
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ ELENA JAIMES MORALES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE10-86-90TORRE1 APT503	TELÉFONO:	2098147
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5240631526**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO:	2018	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/12/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992240073		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 196.800
SUBTOTAL:			1	**$ 196.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 153.800
SUBTOTAL:			1	**$ 153.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 30.000
SUBTOTAL:			1	**$ 30.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 380.600**