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 |
| Fecha de aprobación | 09/11/2016 |
| Código: | 15-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANA YUDELY HERNANDEZ NIÑO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52097792 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | yudehn@gmail.com | | | | CELULAR: | 3142936260 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | |
| 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 | % |
| | K27 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 008800662523 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1012-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | PAGO 1 DE 1 | |
| NÚMERO DE CDP | 154 | FECHA | 17/01/2019 | NÚMERO DE CRP | 12718 | FECHA | 31/01/2019 |
| 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 | 2 | 2019 | | 28 | 2 | 2019 |
| 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: | $3.070.655 |
| VALOR EJECUTADO | $3.070.655 |
| **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 $2,070.290 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1018271995 | $1.230.000,00 | $153.800 | $196.800 | 3 | $30.000 | **$380.600** |

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

**ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Yudely Hernández
**ANA YUDELY HERNANDEZ NIÑO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| Versión | 2 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC FO09 | | | | Sede: Fontibon | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1012-2019 | **Periodo certificado desde el** | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 2 | 2019 | | 28 | 2 | 2019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ANA YUDELY HERNANDEZ NIÑO | | C. C. | 52.097.792 | DE | BOGOTÁ | | | |

**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 ___**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio. | SI | 3 REUNIONES LOCALES, 1 REUNION DISTRITAL; 1 FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 JORNADAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 JORNADAS DE FOCALIZACION, 3 SESIONES No 5, 8 SESIONES No 6, 8 SESIONES No 7, 8 SESIONES No 8, 2 JORNADAS DE AUTOCUIDADO | 4 ACTAS DE REUNION, 1 ACTA DE FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 ACTAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 ACTAS DE FOCALIZACION, 8 PAP 010 DE SESION 1; 3 PAP 020 DE SESION 5, 8 PAP 020 DE SESION 6, 8 PAP 020 DE SESION 7, 8 PAP 020 DE SESION 8 Y 27 PAP 030, 2 ACTAS DE AUTOCUIDADO CON ASISTENCIA |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE. | SI | 3 REUNIONES LOCALES, 1 REUNION DISTRITAL; 1 FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 JORNADAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 JORNADAS DE FOCALIZACION, 3 SESIONES No 5, 8 SESIONES No 6, 8 SESIONES No 7, 8 SESIONES No 8, 2 JORNADAS DE AUTOCUIDADO | 4 ACTAS DE REUNION, 1 ACTA DE FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 ACTAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 ACTAS DE FOCALIZACION, 8 PAP 010 DE SESION 1; 3 PAP 020 DE SESION 5, 8 PAP 020 DE SESION 6, 8 PAP 020 DE SESION 7, 8 PAP 020 DE SESION 8 Y 27 PAP 030, 2 ACTAS DE AUTOCUIDADO CON ASISTENCIA |
| Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento. | NO | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras) Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado. | SI | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS. | NO | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria. | SI | 3 REUNIONES LOCALES, 1 REUNION DISTRITAL; 1 FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 JORNADAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 JORNADAS DE FOCALIZACION, 3 SESIONES No 5, 8 SESIONES No 6, 8 SESIONES No 7, 8 SESIONES No 8, 2 JORNADAS DE AUTOCUIDADO | 4 ACTAS DE REUNION, 1 ACTA DE FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 ACTAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 ACTAS DE FOCALIZACION, 8 PAP 010 DE SESION 1; 3 PAP 020 DE SESION 5, 8 PAP 020 DE SESION 6, 8 PAP 020 DE SESION 7, 8 PAP 020 DE SESION 8 Y 27 PAP 030, 2 ACTAS DE AUTOCUIDADO CON ASISTENCIA |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica. | NO | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | NO | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion. | NO | NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO | NO APLICA PARA ESTE MES |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | 3 REUNIONES LOCALES; 1 REUNION DISTRITAL; 1 FORTALECIMIENTO TECNICO; 2 JORNADAS DE DIA ADMINISTRATIVO; 3 JORNADAS DE FOCALIZACION; 3 SESIONES No 5; 8 SESIONES No 6; 8 SESIONES No 7; 8 SESIONES No 8; 2 JORNADAS DE AUTOCUIDADO | 4 ACTAS DE REUNION, 1 ACTA DE FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 ACTAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 ACTAS DE FOCALIZACION, 8 PAP 010 DE SESION 1; 3 PAP 020 DE SESION 5, 8 PAP 020 DE SESION 6, 8 PAP 020 DE SESION 7, 8 PAP 020 DE SESION 8 Y 27 PAP 030, 2 ACTAS DE AUTOCUIDADO CON ASISTENCIA |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado. | SI | REVISION DE SOPORTES CON LA COORDINACION | ACTAS DE REVISION DE PRODUCTOS |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | 1 INFORME DE CICLO Y CRONOGRAMAS SEMANALES | INFORME DIGITAL Y DE CRONOGRAMAS SEMANALES, 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACION |
| Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS. | SI | 1 JORNADA DE FORTALECIMIENTO TECNICO | 1 ACTA DE LA JORNADA DE CAPACITACION |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada | 4 ACTAS DE REUNION, 1 ACTA DE FORTALECIMIENTO TECNICO, 2 ACTAS DE DIA ADMINISTRATIVO, 3 ACTAS DE FOCALIZACION, 8 PAP 010 DE SESION 1; 3 PAP 020 DE SESION 5, 8 PAP 020 DE SESION 6, 8 PAP 020 DE SESION 7, 8 PAP 020 DE SESION 8 Y 27 PAP 030, 2 ACTAS DE AUTOCUIDADO CON ASISTENCIA |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato. | SI | CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO Y UTILIZACION ADECUADA DE INSUMOS | CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO Y UTILIZACION ADECUADA DE INSUMOS |
| | | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3070655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Yudely Hernández

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: ANA YUDELY HERNANDEZ NIÑO / C.C. No 52097792 de Bogota

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.

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-02-11, 04:35:00 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1018271995

**Periodo Cotización:** enero de 2019 **Periodo Servicio:** enero de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8887147800

**PAGADO 09/02/2019 EN HORARIO EXTENDIDO**

| | | |
|---|---|---|
| YUDELY HERNANDEZ NINO | | |
| 52097792 | **Dirección** | CR 33 No. 41 A 84 SUR |
| EPENDIENTE | **Teléfono** | 2384812 |
| URAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| GOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| | **Identificación** | |
| | **ARP** | ARL SURA |

| | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1,230,000 | $ 196,800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1,230,000 | $ 153,800 | 2.436 | $ 1,230,000 | $ 30,000 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380,600 |

| Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1,230,000 | $ 0 | $ 196,800 | $ 153,800 | $ 30,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380,600 | $ 0 | $ 380,600 |



SIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.