| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: | MARIA CONSUELO APONTE VERGARA | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52.635.101 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | CONSUYEFISIO@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3163951588 | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUR | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Salud Pública | | | | SEDE: | USS 39 PAPS ABASTOS | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | | | | % | | | | | |
| | K 30 | | | | 100% | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870401629 | | | | | | PENSIONADO | No | | |
| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **5217-2018** | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | **1 de 1** | | | |
| **NÚMERO DE CDP** | 1311 | **FECHA** | 2018-08-03 | | **NÚMERO DE CRP** | 35903 | **FECHA** | 2018-08-09 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 | | |
| | | 9 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.354.169 | | | | | | | | | |
| 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: | $2.354.169 |
| VALOR EJECUTADO | $2.354.169 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.354.169 |
| 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 mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 84827814B6 | $970.000 | $121.300 | $155.200 | 3 | $23.700 | **$322.800** |

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

**DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS**
**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**

**MARIA CONSUELO APONTE VERGARA**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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:** | SALUD PÚBLICA | | | | | **Sede: PIC FONTIBÓN** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5217-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 9 | 8 | 2.018 | | 31 | 8 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARIA CONSUELO APONTE VERGARA | | **C. C.** | | 52.635.101 | **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 |
|---|---|---|---|
| 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 | 1. Se asiste a los conversatorios una vez por semana referentes al espacio publico y reuniones programadas<br>2. Se realiza caracterizacion del barrio El Jazmin de la localidad de Kennedy<br>3. Se realiza caracterizacion del barrio La Rivera de la localidad de Kennedy<br>4. Se realiza alistamiento y entrega de soportes para digitacion<br>5. Se realiza digitacion de las respectivas caracterizaciones<br>6. Se asiste a las diferentes capacitaciones y asistencias tecnicas programadas y unidades de analisis<br>7. Se participa en jornadas distritales<br>8. Se realiza reunion con lideres y comunidad del barrio El Jazmin | Actas de desarrollo de acciones, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud. |
| 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 realizaron los respectivos productos como lo son: Actas, listados de asitencia y caracterizaciones con formatos aprobados por la SDS. | Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, informe matriz 1186, parametrización salud ambiental |
| Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público, 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 | Durante el mes de agosto se participo en el desarrollo de la Jornada de PAI | Se participo en la Jornada de PAI con el posicionamiento de Barrios Promotores por la Salud. |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | NO | En el mes de agosto de 2018 no se realizo ninguna canalización. | No se realizo canalización. |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. | SI | Se implementaron las actividades de reconocimiento barrial, caracterización, reuniones de articulación intersectorial. | Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, matriz 1186, parametrización de salud ambiental. |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. | SI | se generar procesos de carracterizacion y organización de nodos en el barrio Jazmin la Rivera, dando a conocer las tematicas a abordar en relacion a actividad fisica | Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, matriz 1186, parametrización de salud ambiental. |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. | SI | Se participo en una asistencia técnica con la Secretaria de Salud con el progama de Barrios Promotores de Salud Urbana | Se participo en una asistencia técnica SDS |
| Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | SI | Se realizo articulación con líderes comunitarios de los barrios priorizados | Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización |
| 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 | Se realiza procesos de convocatorias a la población en las localidades kennedy y Bosa con el fin de invitarlos a la participación y consolidación de nodos | Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | SI | Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred surocciente de espacio público | Se presentaron los soportes y se efectuaron los cambios y/o sugerencias según lo informado por la refencia de espacio público |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | Durante el mes de agosto de 2018 se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud. | Envio de informes de acciones desarrolladas en la Subred, matriz 1186. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. | SI | Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos. | Entrega de AZ con soportes de barrios promotores de salud. Entrega de soportes a lideres de proceso en las acciones que se apoyaron. |
| 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 | Asumo mi responsablilidad sobre los soportes que entrego de las acciones que desarrollo. | Asumo mi responsablilidad sobre la glosa con respecto a las acciones que desarrollo |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILCIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/TE - 2354169**

52635101

NOMBRE COMPLETO,CEDULA 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.

Instructivo de Diligenciamiento

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 52635101 | | APONTE VERGARA MARIA CONSUELO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 76 57Z-46 SUR BR ESTANCIA | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-08 | 2018-08 | 1000001479 | 8482781486 | I | 2018/08/02 | 2018/08/14 | BANCO BOGOTA | 12 | $322,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $970,000 | $155,200 | | | $970,000 | $121,300 | | | $970,000 | $19,400 | | | $970,000 | $23,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $970,000 | $155,200 | | | $970,000 | $121,300 | | | $970,000 | $19,400 | | | $970,000 | $23,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $970,000 | $155,200 | | | $970,000 | $121,300 | | | $970,000 | $19,400 | | | $970,000 | $23,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52635101 | APONTE MARIA | 25-14 | 30 | $970,000 | $155,200 | EPS044 | 30 | $970,000 | $121,300 | CCF24 | 30 | $970,000 | $19,400 | 14-28 | 30 | $970,000 | $23,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $970,000 | $155,200 | | | $970,000 | $121,300 | | | $970,000 | $19,400 | | | $970,000 | $23,700 | | $0 | $0 |

PAGADO



2018/08/21 01:24 PM