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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZAIDA DURANGO LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51987987							
CORREO ELECTRONICO:	zetadur@gamil.com				CELULAR:	3123036123							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON 009												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K29	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8700327565								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3842 -2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 10				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	39158	FECHA	31/08/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados 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	10	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.747.240										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$35.973.504
VALOR EJECUTADO	$28.354.116
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.619.388
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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
29883562	$1.498.896	$187.400	$239.000	3	$36.600	$463.000

Dado en Bogotá el mes de OCTUBRE del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Zaida Durango

ZAIDA DURANGO LOPEZ
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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3842 / 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	10	18		31	10	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZAIDA DURANGO LOPEZ		C. C.	51.987.987					BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE.	SI	Durante el mes de Octubre se llevan a cabo acciones como profesional de apoyo del espacio educación: Preauditoria a los equipos de la localidad de Fontibon, Reunion grupo funcional infancia, diligenciamiento tablero de control, seguimiento en campo a los equipos de Fontibon, elaboracion matriz acciones, talento humano jornadas, reunion DLE , elaboracion matriz 1186, linea tecnica lineamientos a los equipos.	Actas diligenciadas, listados de asistencia.
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	En el mes de Octubre no participe en jornadas de salud publica..	Ninguno
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	SI	Se da cumplimiento a las acciones designadas como profesional de apoyo con etica institucional y profesional, respecto a la elaboracion de productos requeridos para el mes.	Actas diligenciadas, listados de asistencia
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.	SI	Durante el mes de Octubre no se realizan canalizaciones a los diferentes servicios institucionales y sociales.	Ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	se realiza el respectivo alistamiento de soportes de las acciones desarrolladas y la preauditoria de soportes de las profesionales del espacio educación. De igual manera se cumple con el cuidado y uso racional de los recursos.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	No se presento ningun caso para notificar durante este mes.	Ninguno
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Para el mes de Octubre se realizaron 12 seguimientos en colegios de la localidad de Fontibon.	Ninguno
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion	SI	En el mes realizo un acompañamiento con veeduria a institucion educativa.	Acta de desarrollo del proceso
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se genera el cumplimiento de actividades como profesional de apoyo del espacio educativo, teniendo en cuenta las responsabilidades asignadas con los equipos de colegios.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado	SI	Se lleva a cabo la recepción de productos del mes, de los profesionales del espacio educación , conservandolos en la AZ correspondientes y realizando las respectivas observaciones según el caso con cada uno de los profesionales del equipo educación .	Actas diligenciadas, listados de asistencia.
Realizar entrega de soportes y velar por la custoria de los mismos Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del espacio asignado	SI	Se realiza entrega de soportes según plan de acción establecido en el mes - matriz 1186.	Magnetico matriz 1186
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se realiza reunion mensual de equipo educacion; con el fin de poder avanzar en la programacion de acciones en las instituciones educativas.	Acta y Listado de asistencia
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	Linea técnica a los equipos, revision de acciones y cumplimiento según lo programado.	Acta
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	Se salvaguarda la imagen institucional guardando el buen nombre de la subred integrada de los servicios de salud sur occidentre ESE y de sus unidades de prestación de servicios de salud.	Ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($ 3.747.240)

Zaida Durango

ZAIDA DURANGO LOPEZ CÉDULA: 51.987.987 DE BOGOTA

FIRMA DEL CONTRATISTA C.C. 51987987

Fecha : _____ supervisor Yasmith Pinzón Parra

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51987987	zaida durango lopez		calle 171 No 58 - 25	6709239	zetadur@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	I	05/09/2018	29883562	$493.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.400	0		0		0	0	0	0	187.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	239.900	0	0	0	0	0	0		239.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.000	0	0	30.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.400	187.400
Pensión	1	239.900	239.900
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	493.900	493.900

PAGADA
29883562

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información