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:	STELLA GUACANEME HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53891379 Soacha							
CORREO ELECTRONICO:	stellita.99@hotmail.com				CELULAR:	3188427260							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR-KENNEDY								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	SU 44							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590404914								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4945-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	1249	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	35663	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencia en el area de PIC,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de las 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	8	2018		31	8	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:	$3,226,790
VALOR EJECUTADO	$3,226,790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,613,395
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
1014356816	$781,242.00	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241.800**

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

STELLA GUACANEME HERNANDEZ
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:	SALUD PUBLICA					**Sede: SUR**					
No. DE CONTRATO:	4945-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	8	18		31	8	18		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STELLA GUACANEME HERNANDEZ		**C. C.**		53,891,379	**DE**	SOACHA				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencia en el area de PIC,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de las 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 conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia	SI	se realiza las actividades programadas de forma oportuna y con calidad teniendo en cuanta los parametros establecidos por sds y la subred como: 3 utis altas, 21 utis medias caracterizacion, 26 utis medias asesoria.	formatos de registro de asesoria en las localidad de kennedy
dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en fichas tecnicas y lineamientos	SI	se da cumplimiento a la actividades establecidas en el contrato para el espacio trabajo en las que se realiza asesoria en unidades de trabajo de las localidades de kennedy como:7 niño, niña, 4 adolescentes, ademas de entregar utis medias 7 a enfermeria y 7 a Psicologia	formatos de registro de asesoria en las localidadde kennedy
realizar seguimineto a menores de cinco años canalizados con identificacion del riesgo establecidos en el plan de choque	NO	no se programa para el mes	no aplica
realizar induccion a la demanda y seguimineto efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS	SI	no aplica para este mes	no aplica
notificar todos los eventos de interes en salud publica	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
realizar el seguimineto y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interes en salud publica	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
facilitar los procesos de veedurtia ciudadana y participacion socia, con el fin de fortalecer la gestion	SI	informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
participar activamente en en las jornadas de salud publica programadas por la sub red sur occidente	SI	participacion en jornadas de salud	listados
seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	NO	no se identifican casos en el mes	no aplica
realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	entrega de formatos solicitados por el espacio	entrega de soportes de uti y nnat
realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio	SI	arreglo de formatos de acuerdo a solicitud del espacio	ga de soportes de unidades de trabajo inf
realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	entrega de informes solicitados en fechas establecidas	lero de indicadores e informacion solicita
alistar soporte4s y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS	no	no se programa para el mes	no aplica
asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS	SI	asistencia a reuniones programadas por el espacio y SDS	acta y listado de asistencia
asumir el 100% de la glosa generaqda por la firmna interbventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la	NO	no se presenta	no aplica
velar y responder por los recursos y adecuado funciponamiento de los equipos documentos y bienes muebles	SI	uso adecuado de insumos y herramientas	no aplica
pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros dias calendario de cada mes	SI	pago de seguridad social de forma pertinente	planilla de pago seguridad social

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/cte

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: STELLA GUACANEME H

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: 2018-08-15, 02:29:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014356816

Periodo Cotización: agosto de 2018 **Periodo Servicio:** agosto de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8891865080

PAGADO 15/08/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DORA STELLA GUACANEME		
Documento	CC53891379	**Dirección**	KR 7 N 2 94 SOACHA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115258080
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal	GUACANEME HERNANDEZ DORA STELLA	**Identificación**	CC 53891379
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	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
CC 53891379	DORA STELLA GUACANEME HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC 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
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

J01/18

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - 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.