	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	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52525059			
CORREO ELECTRONICO:	lindaangel79@hotmail.com				CELULAR:	3133490953			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Salud Pública				SEDE:	USS 39 PAPS ABASTOS			
CENTRO DE COSTOS:	**Centro de costo**				**%**				
	K30				**100**				
ENTIDAD FINANCIERA:	**BANCOLOMBIA**				TIPO DE CUENTA:	Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**20761613463**				PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	**0751-2018**				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**9 de 11**		
NÚMERO DE CDP	1416	**FECHA**	22/08/2018	**NÚMERO DE CRP**	37004	**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	10	2018		31	10	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:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$27.635.895
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.141.310
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29838315	$1.228.266	$153.700	$196.700	3	$30.000	**$380.400**

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

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA
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 aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA - SERVICIOS DE ACOGIDA		**Sede: USS 39 PAPS ABASTOS - Subred de servicios integrados de salud Sur occidente**						
No. DE CONTRATO:	0751-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA		**C. C.**	52.525.059			**DE**	BOGOTÁ	

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 __X__

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Dar cumplimiento a las actividadesy metas periodicas, designadas en el plan de accion, con base en las fichas tecnicasy lineamientos definidos por la SDS ESE.	**SI**	Se entregan soportes como ficha tecnica, relatorias y listados de asistencias, informe de asesoria individual para el mes de **Octubre** en las localidades de la subred sur occidente; cumpliendo con los criterios de veracidad, calidad, oportunidad y según los parámetros requeridos por la Secretaria Distrital de Salud - Subred sur occidente E.S.E.	Se hace entrega de 1 Ficha Tecnica, 17 listados de asistencia, 17 actas de relatoria de grupos acciones comunitaras (escucha activa), 45 asesorias individuales.
2. Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina lineamiento.	**SI**	Se caracteriza por la subred sur occidente los escenarios apropiados para llevar a cabo las actividades como lo define el lineamiento, durante el mes de **Octubre**	Se realiza apoyo a la concertaciones de espacios con los lideres de grupos que trabajan con problemas de consumo de sustancias por medio de recorridos en las 4 localidades de la Subred Sur Occidente
3. Participar activamente en las jornadas de salud publica (comunitarias institucionales entre otras) programadas tanto por la SDS como la subred sur occiddente a las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	**SI**	Se participo en el mes de **Octubre** las jornadas de salud pública, programadas tanto por SDS, como por la subred Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio público, se asiste a las reuniones de equipo programadas por la lider de servicios de acogida.	Se participo en las Jornadas de Consumo Responsable de Alcohol y tomas territoriales programadas para el mes.
4. Realizar induccion a demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones trealizadas a los diferentes serviciosasistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	**SI**	Se realiza seguimiento a las canalizaciones que se requieren en el mes de **Octubre**	Se realiza canalizacion a los usuarios que se encuentran interesados en ingresar al Sena o realizar algun tipo de capacitacion.
5. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto a la E.S.E, como de la firma auditora y/o SDS.	**SI**	Se presentara los soportes para las preauditorias y auditorias programadas por la firma auditora de igualmanera para la SDS.	Se realiza la entrega de soportes del mes organizados en AZ por localidad. Se hace entrega de informe mensual por parte del perfil y aportes para la matriz 1186.
6. Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	**SI**	Se dio a conocer todos los eventos de interés de salud pública a los usuarios de la estrategia Servicios de Acogida en cada una de las actividades programadas durante el mes de **Octubre**	Se dan a conocer a traves de los grupos de acciones comunitarias, los eventos de interes en salud publica para la comunidad.
7. Informar a los individuos , familia y otros colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	**SI**	Se informo a los usuarios de SERVICIOS DE ACOGIDA , sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud en las acciones ejecutadas desde el mes de **Octubre,** en los grupos de desarrollo comunitario.	Se dan a conocer por medio de las acciones comunitarias.
8. Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	**SI**	Se facilitara los procesos de veeduría ciudadana y participación social.	Fue entregado 1 formato 4 localidades de la Subred Sur Occidente
9. Realizar entrega de soportes y velar porla custodia de los mismos	**SI**	Se entregaran los soportes de las actividades realizadas para el mes de **Octubre** correspondientes a las localidades de Bosa, Fontibon, Puente Aranda y Kennedy y se realizara la custodia pertinente de las mismas.	Se realiza la entrega de soportes del mes organizados en AZ por localidad. Se hace entrega de informe mensual por parte del perfil y aportes para la matriz 1186.
10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requeridos acordde a la preauditoria del referente del espacio asignado	**SI**	Se realizaran de manera oportuna los ajustes acorde a las preauditorias del espacio asignado durante el mes de **Octubre**	Se realiza los ajustes necesarios en listados, actas fichas tecnicas en las fechas establecidas por la lider de la estrategia Servicios de acogida.
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos acorde con las preauditorias del referente del espacio asignado	**SI**	Se realiza la entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos por el espacio público, como fichas tecnicas y relatorias asi mismo de los listados de asitencia del mes de **Octubre**	Se realizo la entrega efectiva de los soportes e informe de acciones para el mes de. Cada uno de los soportes estan basados en estandares de calidad establecidos de tal forma que aseguren el éxito de las preauditorias programadas para tal fin.
12. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos	**SI**	Se entregara de manera oportuna y con calidad los informes requeridos por el referente de la estrategia servicios de Acogida como para la subred sur occidente y SDS.	Se realizo la entrega efectiva del informe de acciones para el mes. Cada uno de los soportes estan basados en estandares de calidad establecidos de tal forma que aseguren el éxito de las auditorias programadas para tal fin.

13. Asistir a las asietencias tecnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	**SI**	Durante el mes de **Octubre,** se asiste a sistencias convocadas por la subred sur occidente.	Se asiste a reuniones tecnicas convocadas por la secretaria de salud en las fechas establecidas por parte del la coordinacion.
14. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportuna o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	**SI**	Se Asumira la glosa generada por la firma interventora de acuerdo a las inconsistencias entregadas y halladas (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	Se asumiran las glosas generadas por inconsistencias de soportes o acciones de calidad en los productos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,070,655 TRES MILLONES SETENTAMIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C

LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA CC 52525059	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.

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	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA	CALLE 12 A No. 71B - 60 CASA 212	4791379	lindaangel79@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-09	2018-09	I	04/09/2018	29838315	TOTAL A PAGAR	
					$380.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	153.700	0		0		0	0	0	0	153.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	196.700	0	0	0	0	0	0		196.700	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	30.000				30.000	0	0	30.000			300	30.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	153.700	153.700
Pensión	1	196.700	196.700
Riesgos Laborales	1	30.000	30.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	380.400	380.400

PAGADA 29838315

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