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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA GUISSELLE RENDON GALVIS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51873878							
CORREO ELECTRONICO:	sandyrendon@hotmail.com				CELULAR:	3124782404							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA14												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71454709521								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0579-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 9 de 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36872	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL UNIVERSITARIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.									
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:

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
30555374	$1,228,262.00	$154,500	$197,800	3	$30,200	$382,500

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Rendón

SANDRA GUISSELLE RENDON GALVIS
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 PÚBLICA									
								Sede: BOSA ADMINISTRATIVA I		
No. DE CONTRATO:	0579-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2,018		31	10	2,018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA GUISSELLE RENDON GALVIS		C. C.	51,873,878			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Profesional de Bacteriologia para procesos de salud publica para la Subred integrada de Serivicios de salud Suroccidente o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos ralizados por el supervisior del contrato.

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, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descrtitos en el lineamiento del compónente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Reunión de equipo 25/10/2018	Actas
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-Subred Sur Occidente	SI	Georreferenciación de pacientes de acuerdo a notificacion permanente. Articulacion con Sivigila 5,12, 19, 26 de octubre 2018 Asistencia tecnica a IPS 3,9,17,18,23,26,29,31 de Octubre 2018 Visita domiciliarias pacientes 1,10,11,12,16,22,25,30 de Octubre 2018	Correos, Actas, Formato de visita domiciliaria.
Participar activamente en las jornadas de salud Publica (vacunacion,comunitarias,institucionales entre otras programadas por la SDS como por la sub red sur occidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Jornada toma de localidades 27/10/2018	Actas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	SI	Revisión notificacion por espacios en Drive PIC- POS 29/10/2018	Drive PIC-POS
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	SI	Verificación de soportes 31/10/2018	Acta
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SI	De acuerdo a los eventos identificados	Correos
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Visita domiciliarias pacientes 1,10,11,12,16,22,25,30 de Octubre 2018	Formato de visita domiciliaria.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Los soportes se encuentran en la az del programa de transmisibles	az programa de transmisibles
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	N/A	
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se realiza envio de PIGI y Base qumioprofilaxis 05/10/2018 y Informe trimestral 12/10/2018	Correo
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS	SI	16/10/2018	Acta
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la SubRedSur Occidente ESE como de la SDS.	NO	Asistencia TB 25/10/2018	Acta
Asumir el 100% de Glosa geneada 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).	NO	No Se presento glosa	Acta

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.070. 655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCTE

Rendón

SANDRA GIOSSELLE RENDON GALVIS CC 51.873 878

CONTRATISTA:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso

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	51873878	SANDRA GUISSELLE RENDON GALVIS	TRASVERSAL 85 G NUMERO 24C 59 CASA 30	7598067	sandyrendon@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 376125055	
			2018/10/10		EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	I	10/10/2018	30555374	$380.200	

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	153.600	0		0		0	0	0	0	153.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	196.600	0	0	0	0	0	0		196.600	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	153.600	153.600
Pensión	1	196.600	196.600
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	380.200	380.200

PAGADA
30555374
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información