| 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: | DIANA MILENA AYALA MORENO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52731257 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dianicami23@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3229484072 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SU40 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | Sur | | | | | | |
| 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: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570009770118447 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0569-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 7 DE 7 | |
| NÚMERO DE CDP | 1249 | FECHA | 27/07/2018 | NÚMERO DE CRP | 32468 | FECHA | 31/07/2018 |
| 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 REFERENTE PAI 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 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $4.400.000 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $26.840.000 |
| VALOR EJECUTADO | $26.840.000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4.400.000 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29361297 | $1.760.000 | $220.000 | $281.600 | 3 | $42.874 | $544.474 |

Dado en Bogotá en el mes de AGOSTO 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:

**DIANA MILENA AYALA MORENO**
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: | PIC | | | | | Sede: Sur | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0569-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 8 | 18 | | 31 | 8 | 18 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA MILENA AYALA MORENO | | | | 52.731.257 | | DE | Bogotá | | | |

**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 Referente PAI de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI _X__ 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 linearmiento 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 Secretaría Distrital de Salud. | SI | Se cumple con las actividades del lineamiento y cronograma para el mes de Agosto (Asistencia reuniones programadas y extraordinarias sectorial e intersectorial en la cuales se requiera presencia, informes, asistencias tecnicas equipo PAI) | Cronograma de Actividades realizadas |
| Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública. Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interes en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada | SI | Se brinda asistencia y direccionamiento del programa en las diferentes lineas, Participación reunión Tecnica de Salud Publica 3 y 21 de Agosto, Alistamiento Jornada Ficha Tecnica 3 y 21de Agosto | Actas y Listados de Asistencia, Correo Electronico a direccion Gestion del Riesgo y Coordinación Salud Pública |
| Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas o Proyectos Especiales a los diferentes entes según requerimientos | SI | Se realiza certificación del equipo PAI de actividades realizadas las cuales quedan soportadas en físico para procesos de auditoria, Se realiza 1186 con sus respectivos ajustes correspondientes al mes de Julio | Certificación de productos (Actas de asistencia e informes mensuales) |
| Realizar seguimiento al proceso PAI | SI | Se realiza seguimiento a las actividades PAI mediante la consolidación de tableros de control y verificación de productos del equipo PAI. (Informes SIS 151, Tableros de control por IPS con seguimiento en comité PAI local. | Informes SIS 151, Tableros de control por IPS con seguimiento en comité PAI local. Realizado el 16 de Agosto |
| Realizar asistencia tecnica a IPS | SI | Se realiza Asitencia técnica a IPS mediante la realización de Comité PAI Subred 16 de Agosto Intramural y Extramural 2018 | Acta Comité PAI Subred |
| Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados. | SI | Se participa de reunión asistencia tecnica de SDS el dias 2, 3, 10 y 17 de Agosto | Acta y listado de asistencia |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas. | NO | | |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros). | SI | Se entrega informes correspondientes al programa en las fecha requeridas desde el nivel subred y SDS. Primeros 10 Dias calendario mes. | Informes radicados en magnetico 10 de Agosto al correo sds@saludcapital.gov.co |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad. | SI | Se da respuesta oportuna a requerimientos de usuarios | Correspondencia Enviada 8 en total |
| Apoyar las demás actividades requeridas para el desarrollo del objeto del contrato relacionadas con Salud Pública. Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo. | SI | Se cuida y se garantiza uso racional de los recursos | |
| Seguimiento y análisis periodico de los casos objeto de canalización del Componente que lídere. | SI | Se realiza seguimiento a casos del programa | No se presentan en el periodo a reportar |
| Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la SubRed Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Se participa de Comité PAI Distrital el dia 17 de Agosto y Asistencia el dia 2,3 y 10 Agosto | Actas y listados 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 índole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | NO | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 4.400.000 Cuatro millones cuatrocientos mil pesos**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: **DIANA MILENA AYALA MORENO** CC 52,731,257 de Bogotá

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

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | mipianilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52731257 | DIANA MILENA AYALA MORENO | CALLE 36 SUR 3 A 43 | 7743836 | dianicami23@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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 8 | 2018 | 8 | 2018 | I | 08/08/2018 | 29361297 | $544.500 |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 220.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 220.000 | 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 | 281.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 281.600 | 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 | 42.900 | | | | 42.900 | 0 | 0 | 42.900 | | | 429 | 42.900 | 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 ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 220.000 | 220.000 |
| Pensión | 1 | 281.600 | 281.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.900 | 42.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 544.500 | 544.500 |

29361297

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

compensar | mipianilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52731257 | DIANA MILENA AYALA MORENO | | CALLE 36 SUR 3 A 43 | 7743836 | dianicami23@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 8 | 2018 | 8 | 2018 | I | 08/08/2018 | 29361297 | $544.500 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. víncular. Exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | DIRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52731257 | AYALA MORENO DIANA MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.760.000 | 281.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.760.000 | 220.000 | 14-28 | 1.760.000 | 3 | 42.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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