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:	ADRIANA MARIA RINCON VELASCO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53116959						
CORREO ELECTRONICO:	adririnv-21@hotmail.com				CELULAR:	3132408392						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU44											
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	%
	K 28	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007590413303								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0728-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 10 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36986	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	11	2018		30	11	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($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	$30.706.550
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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
1016163886	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ADRIANA MARIA RINCON VELASCO
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: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	0728-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA MARIA RINCON VELASCO		C. C.	53.116.959			DE	BOGOTA	

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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia	SI	Centro de escucha Puente Aranda: 1, 2 3, 6 y 7 Noviembre. Centro de escucha Fontibón: 8, 9, 13 y 14 Noviembre Centro de escucha Kennedy 1: 15, 16, 19, 20 y 21 Noviembre. Centro de escucha Kennedy 2: 22, 23, 27 y 28 Noviembre.	Fichas técnicas acciones lúdicas y recorridos en calle Formatos DIME Base de datos DIME
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion según lineamientos	SI	Se da cumplimiento a la meta asignada para el mes (cuatro centros de escucha)	Formatos registro de actividades centro de escucha Fichas técnicas acciones lúdicas y recorridos en calle
Realizar seguimiento a menores de cinco años canalizados con identificacion del riesgo establecidos en el plan de choque	NO	No se realiza en las acciones de PEP	No se generan
Realizar induccion a la demanda y seguimineto efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS	SI	Se realizan canalizaciones a servicios asistenciales y activaciones de ruta de casos identificados para articulación PIC-POS/ equipo PEP	Formato de activación de ruta enviados por correo electrónico
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	NO	No se realizó durante el mes debido a que no se identifican eventos para notificar	No se generan
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interes en salud publica	NO	No se realizó durante el mes debido a que no se identifican eventos para notificar	No se generan
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	SI	Se realizan escuchas activas, orientación a servicios de salud y sociales.	Formatos de registro de actividades centros de escucha
Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	Durante las acciones ludico pedagógicas y escuchas activas se socializan deberes y derechos en salud	Formatos de registro de actividades centros de escucha
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social, con el fin de fortalecer la gestion	NO	No se realizo durente el mes	No se generan
Participar activamente en en las jornadas de salud publica programadas por la sub red sur occidente	NO	Se participa en jornada de vacunación Bosa Carbonel	Acta de asistencia
Seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	NO	No se realizo durente el mes	No se generan
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Entrega de soportes: 20 Noviembre . se realiza cronograma de actividades: 1 Noviembre	AZ con soportes de cada centro de escucha organizadas por localidad

Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio	SI	Se realizan los ajustes sugeridos por la referente del espacio trabajo	Formatos registro de actividades centro de escucha Fichas técnicas acciones lúdicas y recorridos en calle Formatos DIME
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se envia informe mensual de actividades, seguimiento a plan de acción, tablero de indicadores y actualización de cronograma mensual	Informe enviado correo electrónico Tablero de Indicadores Plan de acción con seguimiento Cronograma actualizado en drive
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS	SI	Se presenta preauditorias realizadas por la cordinación del espacio: 20 Noviembre,	Actas preauditoria
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS	NO	Asistencia y fortalecimiento a redes secretaria de gobierno	Acta de asistencia
Asumir el 100% de la glosa generada por la firmna interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista	NO	No se generarón glosas.	No se generan
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles	SI	Se vela por el buen uso de los equipos e insumos istitucionales asignados para el desarrollo de las actividades	Equipos e insumos asignados en buenas condiciones
Pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros dias calendario de cada mes	SI	Se presenta soporte de pago planilla simple	Soporte de pago seguridad social del mes a certificar
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instrucitvos y protocolos institucionales	NO	No se realiza en las acciones de PEP	No se generan
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades.	NO	No se realizo durente el mes	No se generan
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al codigo del buen gobierno.	SI	Se obra con lealtad y buena fe en el desarrollo de las Actividades.	No se generan
Aplicar politicas de gestion y participar activamente en los procesos de acreditacion.	SI	Conozco e incorporo las herramientas impartidas por la institucion con enfasis en la acreditación.	Actas de reunion de equipo en las que se aborda el tema de calidad y acreditación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ADRIANA MARIA RINCON VELASCO CC: 53116959

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

supervisor:

SANDRA RODRIGUEZ BELTRAN

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-20, 08:54:27 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016163886 **Referencia pago(PIN)** 8886880140

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA RINCON VELASCO				
Documento	CC 53116959	**Dirección**	CLL 23 A 96J20 B. FONTIBON		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53116959		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RINCON VELASCO ADRIANA MARIA	25269000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.228.662	231001		16 %	$ 1.228.662	$ 196.600	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.228.662	$ 153.600	$ 0	14-28	3	2.436 %	$ 1.228.662	$ 30.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 196.600	$ 0	$ 0	$ 153.600	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE