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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA VIVIANA TABORDA ALONSO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033715800							
CORREO ELECTRONICO:	erikaalonso111@gmail.com				CELULAR:	3144418986							
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	%	
	K28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870379189								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	*0850-2018*			*Nº DE PAGOS DEL CONTRATO*				*PAGO 12 DE 12*			
NÚMERO DE CDP	2121 - 27	FECHA	27/12/2018 01-10-2019	NÚMERO DE CRP		51471-8236	FECHA	28-12-2018 - 01-15-2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	1	2019		31	1	2019			
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	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.360.740
VALOR EJECUTADO	$19.360.740
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 minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.844293, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8486931009	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	$257.500

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA M. RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ERIKA VIVIANA TABORDA ALONSO
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	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	PIC						**Sede: Kennedy**			
No. DE CONTRATO:	0850-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.019		31	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA VIVIANA TABORDA ALONSO		**C. C.**		1.033.715.800		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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
actividades a fines al perfil según establecido por lineamiento con veracidad , calidad y oportunidad en su diligenciamiento.	NO	Centro de escucha Kennedy 3,4,5 y 7 de enero Centro de escucha Fontibon 8,9,10 y 11 de enero Centro de escucha Kennedy 15,16,17,y 18 de enero Centro de escucha Bosa 22,23,24 y 25 de enero	Fichas técnicas acciones lúdicas y recorridos en calle Formatos DIME Base de datos DIME Formatos caracterización NNA
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo alas canalizaciones realizadas a los diferentes sevicios asistenciales y sociales para articular PIC POS , Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	activaciones de ruta a casos positvios sifilis y reactivos de vih.	canalizaciones via correo electronico.
Realizar seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interes en salud publica.	SI	se realizaron 4 centros de escucha en las localidades de kennedy , fontibon y bosa	FORMATO DE REGISTRO
Realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar alos individuos.	SI	se realizan 8 segimientos de personas en ejercicio de prostitucion.	FORMATO DE REGISTRO
familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No se realiza este mes	NO APLICA PARA ESTE MES
facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion	SI	5 acciones ludicas en las diferentes localidades , tema del uso adecuado del preservativo teorico y practico	FORMATO DE REGISTRO, FORMATO DE RELATORIA FORMATO DE FICHA TECNICA
participar activamente en las jornadas de salud publica por la subred sur occidente.	NO	No se realiza este mes	*NO APLICA PARA ESTE MES*
seguimiento a gestantes y menores de 5 años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion.	NO	No se programaron	NO APLICA PARA ESTE MES
realizar soporte y velar por la custudia de los mismos.	NO	No se realiza este mes	NO APLICA PARA ESTE MES
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 duarente preauditoria semanal 3,10,17 y 31 de Agosto	SOPORTES EN FISICO

Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	NO	No se realiza este mes	NO APLICA PARA ESTE MES
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la E.S.E como de la firma o la SDS.	SI	se realiza entrega de datos solicitados por la lider del espacio.	ACTA DE REVISION LIDER
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la sub red sur occidente como de la SDS.	SI	Reunión vigilancia comunitaria SDS 03 de Agosto Asistencia técnica referentes SDS 16 de Agosto	INFORMACION REQUERIDA LIDER ,SOPORTES EN FISICO
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma 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 realiza este mes	NO APLICA PARA ESTE MES
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes inmuebles.	SI	reunion de equipo espacio trabajo	ACTA DE REUNION
pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral.dentro los quince primeros dias calendario de cada mes, Dar cumplimiento a las guias de manejo . Manuales, instructivos y protocolos institucionales .	NO	No se realiza este mes	NO APLICA PARA ESTE MES
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades , obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al codigo del buen gobierno , aplicar politicas de gestion y participar activamente en los procesos de acreditacion.	SI	uso a decuado de los recursos entrega de insumos a personas en ejercico de prsotitucion. Preservativos.	SOPORTES DE FORMATO DE ENTREGA DE PRESERVTIVOS POR LOCALIDAD, FISICO Y MAGNETICO .

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MILTRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL.

Erika Tabora Alonso

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1033715800

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibdo supervisor

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033715800		TABORDA ALONSO ERIKA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 58G # 48B 48 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7185003	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	53699048	8486931009	I	2019/01/03	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0		$257,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**		**$257,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**		**$257,500**
1	CC	1033715800	TABORDA ERIKA	230301	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0	No	$257,500
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0		$257,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033715800		TABORDA ALONSO ERIKA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 58G # 48B 48 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7185003	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	53699048	8486931009	I	2019/01/03	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$257,500**	**$0**	**$0**	**$257,500**

2019/01/21 08:40 AM