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:	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52310306						
CORREO ELECTRONICO:	xiofernandez@hotmail.com				CELULAR:	3014894360						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					F 009							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09k32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462400044048								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5056 - 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 5 DE 6		
NÚMERO DE CDP	862 500 332	FECHA	27/06/2019 10/04/2019 28/02/2019	NÚMERO DE CRP	31990 22974 17870	FECHA	31/05/2019 30/04/2019 05/03/2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**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	7	2019		31	7	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894								
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:	$16.382.967
VALOR EJECUTADO	$15.948.981
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$433.986
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $ 2.070.290 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
35858664	$1.302.000,00	$162.800	$208.400	3	$31.800	**$429.100**

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Vigilancia Salud pùblica									
No. DE CONTRATO:	5056 -2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Sede: Secretaria Distrital de Salud**
			1	7	2.019		31	7	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		**C. C.**		52.310.306		**DE**	Bogotà		

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 ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Verificar reporte de las gestantes de alto riesgo con los espacios, otros subsistemas de vigilancia en salud pública, de manera articulada.	SI	Acciones de asistencia tecnica y acompañamiento a las 4 subredes, para la implementación Distrital de la estrategia Ángeles Guardianes los días 4 de Julio reunión con Instituto Nacional de Salud y las cuatro sub redes para revisión de bases y seguimiento a casos de Morbilidad materna en el Distrito,8 de Julio revisión y actualización de base de casos de MM con corte a mayo de 2019 comparativo RUAF, envío a correo crodriguez@saludcapital.gov.co, 10 de Julio acompañamiento a visita espacio vivienda sub red Centro oriente, 12 de Julio acompañamiento a visita espacio vivienda sub red Sur Occidente, con visitas programadas para acompañamiento a espacio vivienda los días 17 y 24 de Julio de	Actas y listados de asistencia, correos de envio de la información a las cuatro sub redes.
b.Seguimiento de los indicadores establecidos en la estrategia Ángeles guardianes	SI	se reliza revisión de base generada a partir del diligenciamiento de links de las subredes Norte y Sur, elaboración de presentación semanal,depuración de base de datos estrategia ángeles guardianes y construcción de resultados a corte de semana epidemiologica	Envio de la información a los referentes según avances, de manera semanal.
c. Informe mensual de acompañamiento a las subredes	SI	se hace envio de informe con corte a semana 25 con las acciones adelantadas durante el mes de Mayo para implementación de la estrategia Angeles Guardianes.	Envio de informe a correo de referente Distntal.
d.Acciones de seguimiento, verificación de soportes y demás	SI	Se realiza reunión para entrega de productos del equipo	Actas de entrega de productos
Participación en unidades de análisis MM-MME según solicitud de referente Distntal y/o articulación con las subredes integradas de salud.	SI	Apoyo en revisión de casos de MM, proyección y envio de cronogramas para unidades de análisis Distntales. Participación y apoyo los días 9 de Julio en Unidad de análisis de Mortalidad Materna y Morbilidad materna y asistencia programada para los días 16,18 y 23 a unidades de análisis según cronograma	Actas listados de asistencia.
j. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso	SI	Ingreso en drive de los productos del mes en medio fisico soports impresos correspondientes con digital.	Drive de los productos del mes en medio fisico soports impresos correspondientes con digital
k. Participar activamente en el desarrollo de procesos de	NO	No aplica para este mes	Acta de reunión.
l. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la	NO	No programado para este mes.	No programado para este mes.
m. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervencion	SI	Se realiza revisión y seguimiento a plan de acción programado según las acciones establecidas en lineamiento Distrital, así como seguimiento al plan de acción	Revisión del plan de acción
n. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad	SI	Realizar y cumplir el 100% de las actividades y productos establecidos en el lineamiento Distrital propuesto para el proyecto.	Generar y revisar soportes de las actividades realizadas, actas, listados de asistencia, informes, formatos de entrevista y transcripcion de grupos
OBSERVACIONES:			

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.254.894 TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS.

Xiomara Fernandez B 52310306

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 30/07/2019

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	52310306	XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		Calle 64 A #57-23 torre 2 apto 904 etapa 4	3066173	xiofernandez@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
2019-06	2019-06	I	03/07/2019	35858664	TOTAL A PAGAR	
					$429.100	

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	162.800	0		0		0	0	0	0	162.800	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	208.400	0	0	0	0	0	0		208.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.800				31.800	0	0	31.800			318	31.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.100	0	0	26.100	1

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	162.800	162.800
Pensión	1	208.400	208.400
Riesgos Laborales	1	31.800	31.800
CCF	1	26.100	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.100	429.100

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