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:	EDITH CIELO TOBON POSADA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51617964							
CORREO ELECTRONICO:	ctobon37@gmail.com				CELULAR:	3103450968							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K29	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	478970070973								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4528 - 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 4				
NÚMERO DE CDP	332 - 500	FECHA	28/02/2019 - 10/04/2019	NÚMERO DE CRP		17344 - 22465	FECHA	05/03/2019 - 30/04/2019			
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	5	2019		31	5	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.873.178
VALOR EJECUTADO	$9.439.193
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$433.985
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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**, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8334855159	$1.301.958	$162.745	$208.313	3	$30.000	**$401.058**

Dado en Bogotá el mes de Mayo del año Dos Mil Diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDITH CIELO TOBON POSADA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

[redacted]	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA				**Sede:** FONTIBÓN					
No. DE CONTRATO:	4528 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	19		31	5	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH CIELO TOBON POSADA		**C. C.**	51,617,964			**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 ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institucion cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	En el mes de mayo se realizo concertacion en el IED la Concepcion sede A, y colegio Ciudadanos del Futuro ademas clasificacion de la necesidad del riesgo en salud oral en 7 cursos y IED la Concepcion sede A, clasificacion de necesidad del riesgo en salud oral en 12 cursos	informacion incluida en las actas de las dferentes actividades.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	En el mes de mayo 19 cursos clasificacion de necesidad de riesgo en salud oral	actas, listados, formatos de salud oral y canalizaciones
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	Durante el mes de Mayo no se realizaron caracterizaciones en el espacio educacion,	ninguno
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	en el mes de Mayo se participo en dos (2) jornadas de salud publica	ninguno
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	Para el mes de Mayo se realizaron 627 canalizaciones en odontologia	Formato de activacion de rutas y canalizacion
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	Durante el mes de Mayo se alistaron soportes para preauditoria interna del espacio educación.	ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	no	Durante el mes de Mayo no se realizaron notificaciones en salud oral, debido a que no se presentaron casos.	ninguno
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se realizo socializacion de los deberes y derechos en salud en 19 cursos	informacion incluida en las actas de las dferentes actividades.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	Durante el mes de Mayo no se realizaron procesos de veeduria.	ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se hizo entrega de todos los soportes realizados durante el mes de Mayo a la referente y apoyos del espacio educación.	actas, listados, formatos de salud oral.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado	SI	Para el mes de Mayo no esta programada auditoria externa o de la Secretaria de Salud, se presenta preauditoria semanal a la profesional de apoyo de espacio educativo	actas, listados, formatos de salud oral
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Para el mes de Mayo se presentaron los informes requeridos por referente.	matriz 1186
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Reunion de asistencia tecnica, , .Reunion de equipo, reunion adicional de metas, conversatorios	acta y listado 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 indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Asumire la glosa del 100% si se presentarse.	ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se manejaron adecuadamente los insumos y equipos en los cuales he trabajado.	ninguno

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,254,894 TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MTE

EDITH CIELO TOBON POSADA CC 51.617.964 Y FIRMA DEL CONTRATISTA: _____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yasmith Parra Parra

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDITH CIELO TOBON POSADA
No. Identificación: CC51617964
Dirección: CALLE 4 N 4-78
Telefono: 2453261
Correo: ctobon37@gmail.com
Ciudad: GUASCA
Número de Planilla: 8334855159

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDITH CIELO TOBON POSADA
Tipo y número de identificación	CC51617964
Número de planilla	8334855159
Fecha pago	2019-05-13
Número de autorización pago	34855159
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2019
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	403000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31800	1
230301	Porvenir	208400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162800	1

8334855159

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51617964
APELLIDOS Y NOMBRES: EDITH CIELO TOBON POSADA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1301958	1301958	1301958	0	162800	0	208400	0	31800	0

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