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
Fecha de aprobacion	09/11/2016
Código	15-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

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		1 de 2	
NÚMERO DE CDP	332	FECHA	28/02/2019	NÚMERO DE CRP	17344	FECHA	05/03/2019
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
		5	3	2019		31	3	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:	$6.509.788
VALOR EJECUTADO:	$2.929.404
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$2.929.404**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.580.384
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	45%

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 minimo legal vigente

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8333670814	$1.228.400	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá el mes de Marzo 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:

Cielo Tobón
EDITH CIELO TOBON POSADA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

[redacted]

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

[redacted]

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA				**Sede:** FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	4528-2019	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			5	3	19		31	3	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 Marzo se realizo concertacion en el IED la Concepcion, IED Carlos Alban Holguin, IED la felicidad, IED Francsco de Paula Santander y el colegio Gimnasio Modelia Real clasificacion de necesidad de atencion mejores practicas en 31 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 marzo 31 cursos clasificacion de necesidad de atencion	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 marzo 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 marzo se participo en una (1) jornada 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 marzo no se realizaron 300 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 marzo no se alistaron soportes para preauditoria interna del espacio educación	ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	no	Durante el mes de marzo 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 31cursos	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 marzo 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 marzo a la referente y apoyos del espacio educacion	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 marzo 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 marzo 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 lectura y apropiacion de lineamientos, Reunion de equipo, reunion adicional de metas, conversatorio 8 de marzo	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): $ 2,929,404 DOS MILLONES NUEVE VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS MTE

EDITH CIELO TOBON POSADA C.C. 51.617.964 FIRMA DEL CONTRATISTA Cielo Tobon

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yasmith Pinzón Pam

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: 8333670814

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	8333670814
Fecha pago	2019-03-15
Número de autorización pago	99415026
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2019
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	380200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	30000	1
230301	Porvenir	196600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	153600	1

8333670814

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	1228262	1228262	1228262	0	153600	0	196600	0	30000	0

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