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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA INES APONTE ESPITIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	46.668.406							
CORREO ELECTRONICO:	lidiapon87@gmail.com				CELULAR:	3118342213							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS PATIO BONITO- TINTAL				SEDE:	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	T04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20765871058								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1297-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 3			
NÚMERO DE CDP	153	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	12906	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como PROFESIONAL ESPECIALIZADO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2019		31	3	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,800,000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	No Aplica							

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:	$14.400.000
VALOR EJECUTADO	$ 9.600.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	4.800.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,800,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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 $2070290 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
32920704	$1.920.000	$240.000	$307.200	3	$46.800	**$632.400**

Dado en Bogotá a los (31) días de marzo del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

EDGAR LOPEZ CHAPARRO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIDA INES APONTE ESPITIA
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:	Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito - Tintal							Sede: Kennedy			
No. DE CONTRATO:	1297-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	3	2,019		31	3	2,019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA INÉS APONTE ESPITIA		C. C.	46.668.406			DE	Duitama			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Profesional Especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Participar en la formulación del Plan Anual de Auditorias y Plan de Acción de la Oficina de Control Interno (Control Organizacional)	SI	Mesa de trabaja metodológica para la priorización de plan anual de auditorias	Matriz de PAA.
Ejecutar las auditorias de asignadas que hacen parte integral del Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno y elaborar el informe respectivo	Si	Revisión documental, Planeación y Reunión de apertura de la auditoria a Laboratorio clínico de la Subred Sur occidente.	Acta , Planeación
Ejecutar las auditorías de gestión no planeadas que se le asignen	No	Durante el mes no se recibió solicitud	
Realizar las auditorías que le sean asignadas de acuerdo al Modelo Estándar de control Interno (MECI)	No	Encuesta FURAG- Control Interno	
Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento y/o acciones de mejoramiento preventivas, correctivas o de seguimiento (relacionados con la Gestión Institucional) que le sean asignados	Si	Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento derivados se las auditorias a RIPS, Servicio Farmacéutico y Gestión documental	Actas e informe
Acompañar el desarrollo de mesas de Estándares de Acreditación según necesidades institucionales	No	Para este periodo de tiempo no se recibió solicitud por parte del área encargada.	
Realizar actividades para la atención a entes externos	Si	Informes Contraloría de Bogotá	Informes
Apoyar en la verificación de la rendición de cuentas de la Contraloría de Bogotá	Si	Informes Contraloría de Bogotá	Informes
Apoyar en la recepción de auditorías de entes externos relacionadas con la gestión institucional	No	No programada para este mes	
Asesorar y acompañar a la alta Dirección y a los responsables de procesos en la implementación del componente administración de riesgos y realizar seguimiento	Si	Evaluación a tercer orden a la Gestión Riesgo Institucional	Informe
Realizar acompañamiento y asesoría a los procesos asignados en relación con la administración de riesgos	Si	Evaluación de los riesgos del proceso de evaluación y control	Acta
Apoyar la evaluación de la gestión de acuerdo con la normatividad vigente y realizar la pertinente retroalimentación dentro de los canales de comunicación establecidos	No	No programada para este mes	
Contribuir al fomento de la cultura de control de la institución mediante la ejecución de actividades de sensibilización, actualización y divulgación en pro de la interiorización y compromiso pro parte de los colaboradores durante el desarrollo de las actividades propias en su hacer, que apunten al mejoramiento continuo de la misión institucional	Si	Estas actividades de fortalecimiento del autocontrol se apoya en el desarrollo de las auditorias a cargo del proceso. Estrategia de autocontrol En-rol	Publicaciones
Conocer y aplicar las políticas para el cumplimiento de objetivos, uso de recursos, seguridad, bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo	Si	Revisión de la información referente a normatividad de la subred, política y programas.	Revisión documental
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos asignados a su responsabilidad	Si	Realizar las actividades teniendo en cuenta la custodia y el cuidado de los elementos que se encuentran bajo mi custodia	Acta de inventario
Conocer, promover y aplicar las normas de gestión ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y bioseguridad, programa de salud ocupacional, planes de emergencia y demás normatividad en le marco de la salud	Si	Revisión de la normatividad aplicable y buen uso de recursos naturales (energía, agua, segregación adecuada de residuos)	
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la gestión eficiente del área y contribuir al cumplimiento de la misión	Si	Cumplimiento de Plan anual de auditorias y los requerimientos asignados por el Jefe de la oficina	
Realizar acciones encaminadas a verificar los controles definidos para los procesos y procedimientos de la institución se cumplan por los responsables de su ejecución y efectuar la respectiva retroalimentación para la implementación de acciones de mejoramiento a lugar por parte de los responsables	Si	Evaluación de POAS y Riesgos Institucionales	Informe
Participar activamente en la realización del comité de control Interno y velar por el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el mismo	No	P.a.	
Participar en el desarrollo de comités institucionales y espacios de comunicación institucionales establecidos para fomentar la cultura del control	Si	Participación e reunión de la oficina de Control Interno en el mes de marzo	Acta
Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido	No	Participación en la Rendición de cuentas vigencia 2018 Realizar acompañamiento en los inventarios de las farmacias de	Actas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4800000Cuatro millones ochocientos mil pesos m/Cte.

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lida Inés Aponte Espitia CC 46668406 de Duitama

Fecha : 31/03/2019 Firma de recibido supervisor

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	46668406	LIDA INES APONTE ESPITIA		KR 16N 36-41 APT 101C	3230749	LIDIAPON@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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
					TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	I	01/03/2019	32920704	3632 400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES			
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	MEN	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRP	AVP	VTE	ING	RET	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	A
CC	46668406	APONTE ESPITIA LIDA INES	59	0			N						X										25-14	1 520 000	307 200	0	0	0	0	EPS008	1 520 000	240 000	14-11	1 520 000	3	46 800	CCF24	1 520 000	36 400	0	0	0	

PAGADA

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

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	46668406	LIDA INES APONTE ESPITIA		KR 16N 36-41 APT 101C	3230749	LIDIAPON@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
2019-02	2019-02	I	01/03/2019	32920704	TOTAL A PAGAR	
					$632.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	240 000	0		0		0	0	0	0	240 000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	307 200	0	0	0	0	0	0		307 200	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	46 800				46 800	0	0	46 800			468	46 800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.400	0	0	38.400	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	240 000	240 000
Pensión	1	307.200	307.200
Riesgos Laborales	1	46 800	46 800
CCF	1	38.400	38.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	632.400	632.400

PAGADO 32920704

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