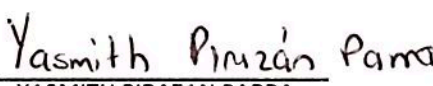
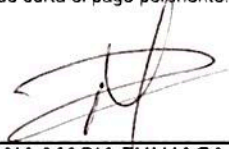
		CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión: 1 Fecha de aprobación: 9/11/2016 Código: 15-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANA MARIA ZULUAGA REYES			
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	DE	NO
CORREO ELECTRONICO:				animazure24@gmail.com		CELULAR:	3102999859
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	%
		F009 K29	100%				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA		TIPO DE CUENTA:		Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		079246203				PENSIONADO	No
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4551-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3	
NÚMERO DE CDP	332-500	FECHA	29/02/2019-10/04/2019	NÚMERO DE CRP	17367- 22487	FECHA	05/03/2019- 30/04/2019
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 0%		\$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 EJECUCION DEL CONTRATO							
CONCEPTO						VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$9.873.178	
VALOR EJECUTADO						\$9.439.192	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3.254.894	
VALOR A LIBERAR						\$0	
SALDO POR EJECUTAR						\$433.986	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						96%	
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:							
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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	
1020838469	\$1.301.957	\$162.800	\$208.400	3	\$31.800	\$403.000	
Dado en Bogotá el mes de MAYO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,							
 YASMITH PIRAZAN PARRA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:				 ANA MARIA ZULUAGA REYES NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA			

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2	
Fecha de emisión: 30/04/2017		Código: M-02-PO-0003	
Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA	Sede:	FO09 Fontibon
No. DE CONTRATO:	No 4551-2019	Período certificado desde el:	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MARIA ZULUAGA REYES	C. C.	1.010.190.780 DE Bogotá
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como profesional en psicología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E S E de acatamiento/recepción de la institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud del contrato administrativo N° 4551-2019 suscrito en el fondo financiero distal de salud.			
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades inheres de perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares, y portafolio con criterios de veracidad, calidad oportuna y pertinencia según parámetros descritos del componente espacio y/o proyectos especiales acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas consensos, portafolios de servicios de la institución cuando sea requerido y asignados, en el contrato vigente entre la red sur occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se realizaron cuatro y cinco del ciclo 2 y sesión 2, 4 y 5 del ciclo 3 en las siguientes instituciones educativas: IED Manuel Zapata Olivella, Colegio San Bonifacio, IED Manuel Zapata Olivella.	ACTAS, LISTADOS, VOUCHERS DE APOYO
Dar cumplimiento a las actividades y metas, periódicas asignadas en el plan de acción con base a las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SJS-Sur Occidente.	SI	Se realizaron cuatro y cinco del ciclo 2 y sesión 2, 4 y 5 del ciclo 3 en las siguientes instituciones educativas: IED Manuel Zapata Olivella, Colegio San Bonifacio, IED Manuel Zapata Olivella.	ACTAS, LISTADOS, VOUCHERS DE APOYO
Realizar canalización a los casos identificados prioritarios y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones institucionales, inscritas al sector salud.	NO	A la fecha se han identificado casos para ser canalizados.	Se solicita para este mes
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se realizó canalización frente a los derechos y deberes respecto a la seguridad social.	ACTAS, LISTADOS
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Se encuentra en proceso.	Ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se realizó entrega de los soportes y se realizan los ajustes pertinentes según las recomendaciones de los profesionales de apoyo y/o lider las cuales tienen los soportes en custodia.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a corde a las p.e. autorizadas del referente del espacio asignado.	SI	Se realizó los ajustes pertinentes de acuerdo a las directrices que se presentan.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realizó entrega de los soportes y se realizan los ajustes pertinentes según las recomendaciones de los profesionales de apoyo y/o lider.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Suroccidente E S E como de la SJS.	SI	Participar activamente en el desarrollo de los procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la institución y la Secretaría de Salud.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Asumir el 100% de culpa generada por la firma interventora al determinar incongruencias en soporte y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, incongruencia de soportes, entre otras).	SI	Se presenta poses.	Ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documento y/o planes, muebles entregados para la ejecución de actividades propias del presente contrato.	SI	Utilizo siempre adecuados los equipos y recursos brindados por la sub red.	Ninguno
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional.	SI	Se comprometo a las actividades de acuerdo al código de buen gobierno y ética institucional.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelanta la Sub Red.	SI	Se comprometo a las actividades bajo estándares de calidad y se realizan las actividades programadas en pro del mejoramiento de los procesos de acreditación.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA DE REUNIONES DE EQUIPO
Apojar el proceso de acreditación con la información y/o documentación que sea requerida según el área que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo.	SI	Se comprometo a las actividades del mes según corresponda en el contrato.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E S E que tengan relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	Para el cumplimiento del contrato se realiza bajo el cumplimiento de los acuerdos y normativas sean presentadas.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Pagar los aportes al sistema General de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos en los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	SI	Se realiza el pago a la seguridad social según corresponde y se presenta certificado de pago.	Formas de pago de aportes
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SI	Se da cumplimiento a las guías de manejo.	Ninguno
Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Sub Red Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de la operación de los componentes del sistema único de capacitación auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
Cumplir con el desarrollo de las estrategias a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación, gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica eficiente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de operación de la Sub Red Suroccidente acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas por plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	SI	Se realizan los ajustes pertinentes de acuerdo a las directrices que se presentan.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas, dentro de los términos de ley garantizando la veracidad de los mismos.	SI	Se realiza entrega de información con criterios de veracidad y calidad.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Asistir y apoyar los procesos de actualización, presenciales y virtuales programados por el contratista y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	SI	Participar activamente en el desarrollo de los procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la institución y la Secretaría de Salud.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	SI	Se da cumplimiento a las actividades del mes según corresponda en el contrato.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciera suyo el conocimiento y consentimiento de la E S E, que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E S E de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud, será motivo de terminación unilateral del contrato.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleva.	NO	No soy supervisor de contrato.	Ninguno
El contratista cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, deberá garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misma.	NO	Se tiene pleno conocimiento que en caso de generarse una contingencia se deberá brindar apoyo a la institución prestadora de servicios de salud y a la comunidad que lo requiere.	Ninguno
Una vez terminado el contrato por terminación del plazo de ejecución, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto por la entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro para de no ser así, el último servicio recibido.	NO	No aplica el mes.	Ninguno
El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición.	SI	Se realizan acciones por medio del compromiso establecido.	Ninguno
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	SI	Se da cumplimiento a las actividades programadas para el mes.	ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
OBSERVACIONES: Se cumple con la entrega de productos para el mes.			
TOTAL A PAGAR (Número y letra): \$254884 TRES MILONES DIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE			
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA ZULUAGA REYES CC 1010190780		 Fecha: 30/04/2017 Firma: Yasmith Pinzón Perera	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que emita el supervisor.			

PAGOSIMPLE |

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2019-05-06, 01:50:35 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Servicio: abril de 2019

Numéro Planilla: 1020838469
Referencia pago (PIN): 8813464090

PAGADO 06/05/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA ZULUAGA REYES		
Documento	CC1010190718	Dirección	CR 101 # 70 55 INT 8 APTO 604
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	2528213
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas			Parafiscales		Total			
Identificación	Agrupación y Numero	Dato Tipo de Cédula	NIT	TAF	VAT	COR	SOL	LMA	VAC	MOT	DAE PA	DAE PR	DAE CA	Administradora	IBC Pension	Agente Pension	Administradora	IBC Salud	Agente Salud	Terifa	IBC Negocios	Agente Negocios	Administradora	IBC Caja	Agente SALTA	Agente ESEAP	Agente Industria	
CC 101076718	ANA MARIA ZULUAGA REYES	29	00											(S-14) COLPENSIUNES	\$ 208.400	\$ 208.400	EPS237 HUEVA EPS	\$ 1.207.957	\$ 1.207.957	2.438	\$ 1.318.000	\$ 1.318.000	IFRR COI NORDUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

III. TOTALS

ING Pensión	ING Salud	ING Huelgas	ING Cajas	Aportes Preaño	Aportes Salud	Aportes Riesgo	Aportes Cajas	Aportes Senu	Aportes ICDF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Bajas a Favor EPS	Incapacidades ANP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONIA	TOTAL FINAL
\$ 1.301.927	\$ 1.301.927	\$ 1.301.927	\$ 0	\$ 298.400	\$ 162.800	\$ 31.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.000	\$ 403.000

