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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026257067							
CORREO ELECTRONICO:	paoladuarte757@gmail.com				CELULAR:	3158552872							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	64048330744												No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4560-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 4			
NÚMERO DE CDP	332-500	FECHA	28/02/2019 10/4/2019	NÚMERO DE CRP	17376 22495	FECHA	05/03/2019 30/4/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area del 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 EJECUCIÓN 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 **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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1020345919	$1.301.957	$162.800	$208.400	3	$31.800	$403.000

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:

DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO
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-000	

Ubicación del Servicio:	Espacio Educaciòn			Sede:						
No. DE CONTRATO:	4560-2019	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	5	2.019		31	5	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO			C. C.		1.026.257.067		DE		Bogota

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes

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 y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Ejecución de 72 sesiones ciclo 2 sesion 1 en las instituciones educativas priorizadas de la localidad de Puente Aranda (6 sesiones), Bosa 14 sesiones), Fontibon (58 sesiones) y socializacion en cuanto problematica generada por alerta ambiental. Asistencia a jornada Rio Bogota IED Costa Rica 16/05/2019	Actas y listados Formato Plan de Acción Cronograma
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 instituciones distintas al sector salud	NO	No se canalizo ningun caso en este mes	ninguno
.Participar activamente en las jornadas de salud publica	NO	No aplica para este mes	Base de datos de disponibilidad
Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las lineas de intervención.	SI	Se entregan productos con veracidad, oportunidad y calidad exigida, de la ejecución de 7/8 sesiones en instituciones educativas priorizadas en Puente Aranda . Bosa y Fontibon	actas y listados
Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente	SI	de acuerdo a lo que se presente	ninguno
Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	SI	se cumplen con las actividades asignadas en los tiempos estipulados	ninguno
Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los lideres operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central	SI	No se programo reunion del espacio	ninguno
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo.	SI	Se realizara conforme necesidad de la entidad	ninguno
Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido	SI	Se realizara conforme necesidad de la entidad	ninguno
Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos.	N/A	no se realizaron actividades en el periodo en mencion	ninguno
Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera.	SI	de acuerdo a lo que se presente	actas y listados
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.	SI	se cumplen con las actividades asignadas en los tiempos estipulados	ninguno
Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	SI	se utiliza la chaqueta y cachucha entregada por la subred suroccidente para la ejecucion de las actividades.	ninguno
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.	SI	se cumplen los lineamientos establecidas por la ESE	ninguno
Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred	SI	Se participa en los conversatorios de la subred	actas
Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	SI	Se tiene en cuenta durante las accines programadas	ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.254.894 TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MCTE

DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO CC 1026257067

CONTRATISTA: _____

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-05-03, 04:32:39 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1020778937

Periodo Cotización: abril de 2019 **Periodo Servicio:** abril de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8813393080

PAGADO 03/05/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO		
Documento	CC1026257067	**Dirección**	CRA 25 51 12 APAR 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3158552872
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				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
CC 1026257067	DAJANA PAOLA DUARTE FRANCO	59	00								X									0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1,301,957	$ 208,400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,301,957	$ 162,800	2.436	$ 1,301,957	$ 31,800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,301,957	$ 1,301,957	$ 1,301,957	$ 0	$ 208,400	$ 162,800	$ 31,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403,000	$ 0	$ 403,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.