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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1´022.361.972							
CORREO ELECTRONICO:	j.dianita2302@gmail.com				CELULAR:	3184780611							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCIÓN AMBULATORIA				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40U05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570009170411145								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3281-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 12 DE 12	
NÚMERO DE CDP		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**	
NÚMERO DE CDP		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial para el area Asistencial 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	1	2020		31	1	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.200.000							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$48.595.824
VALOR EJECUTADO	$48.595.824
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.200.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100,00%

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
1026703339	$1.680.000,00	$210.000	$268.800	3	$41.000	**$519.800**

Dado en Bogotá en el mes de Enero del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Dirección Servicios Ambulatorios		Sede: SUR						
No. DE CONTRATO:	3281-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2020		31	1	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO		C. C.	1'022.361.972			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios de profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial para el area Asistencial 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
Realizar actividades como profesional especializado con plena autonomia de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred	SI	Gestionar y solicitar información pertinente para la consolidadción y realización de informes del area servicios ambulatorios	Informes, gestion de citas, seguimiento a lista de espera
Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual segun plan de trabajo cronograma de actividades el cual debera ser aprobado previamente por el supervisor	SI	Realizar cronograma de actividades	Cronograma de actividades
Mantener la trazabilidad de los datos e indicadores propios de la direccion de los servicios ambulatorios con oportunidad, confiabilidad accesibilidad veracidad seguridad.	SI	Consolidar información de los datos e indicadores de la Dirección de servicios ambulatorios y realizar los informes pertinentes	Informe de la Gestión Clinica ambulatoria del mes de diciembre Seguimiento a planes de mejora, informe de lista de espera
Participar en el seguimiento de las metas de produccion y los indicadores del sistema de calidad	SI	Recepcionar información de gerencia de la información para consolidar información de producción de medicina general y especializada.	Tablero de producción de medicina general y especializada
Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atencion en los diferentes servicios	SI	Participar en las unidades de analisis de seguridad del paciente, y en unidades convocadas por la direccion de gestion del riesgo, seguimiento a planes de mejora	Informe de seguimiento a Acciones de mejoramiento,
Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor	SI	Consolidar información de la Dirección de servicios ambulatorios y realizar los informes pertinentes	Informe de la Gestión Clinica ambulatoria del mes de diciembre, informe de lista de espera
Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago entre otras	SI	Desarrollo de planes de mejoramientos requeridos y apoyo en la respuesta de PQRS de la Direción Ambulatoria	Plan de mejoramiento, respuesta PQRS
Apoyar a la direccion y subgerencia en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.	SI	Apoyar a la direccion y subgerencia en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.	Apoyar a la direccion y subgerencia en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la actualizacion, implementacion y evaluacion de los mismos.	SI	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la actualizacion, implementacion y evaluacion de los mismos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la actualizacion, implementacion y evaluacion de los mismos.
Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato	SI	Seguimiento plan de mejoramiento consulta extema de Personeria, planes de mejoramiento de seguridad del paciente y planes de mejoramiento de la dirección ambulatoria	Consolidacion de Planes de mejoramiento, de seguridad del paciente de la direccion ambulatoria
Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operacion eficiente del area.	SI	Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operacion eficiente del area.	Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operacion eficiente del area.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	Diligenciamiento de los planes de mejoramiento, informes mensuales	Informe de la Gestión Clinica ambulatoria del mes de noviembre, Consolidacion de Planes de mejoramiento, de seguridad del paciente de la direccion ambulatoria
Ejercer la supervision de los contratos que sean designados	NO	No tengo contratos designados	N.A.
Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la poblacion su sostenibilidad en la institucion	SI	Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas, seguimiento a listas de espera del area de servicios ambulatorios	Informe y seguimiento a listas de espera del area de servicios ambulatorios
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Elaborar informe menual de las actividades desarrolladas durante el mes	Informe
Participar en las jornadas de actualización induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Participación en Mesa de trabajo Red Materno. Unidades de analisis de Seguridad del paciente Unidades de analisis eventos de vigilancia en salud pública	Acta de reunion y listado de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar las fallas de calidad que se presenten
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Realizar pago de sistema de seguridad social en salud , pension y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega mensual del recibo pago
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contarto.	SI	Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el bojeto del contarto	Cumplir cada actividad asignada por mi supervisor

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :4.200.000 CUATRO MILLONES DOSCIENTES MIL PESOS M/CTE

DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO CC 1022361972

CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Fecha de recibido

supervisor:

ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-01-13, 09:59:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1026703339

Periodo Cotización: diciembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 13/01/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO		
Documento	CC1022361972	Dirección	CL 24B #12 - 27 BARRIO LA AMISTAD
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3184780611
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	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	Aporte Ministerio	Total
CC 1022361972	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.680.000	$ 268.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.680.000	$ 210.000	2,436	$ 1.680.000	$ 41.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.800

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
$ 1.680.000	$ 1.680.000	$ 1.680.000	$ 0	$ 268.800	$ 210.000	$ 41.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.800	$ 0	$ 519.800

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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