Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIBEL OVIEDO ROJAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53093737						
CORREO ELECTRONICO:	Maribeloviedo737@yahoo.es				CELULAR:	3203089374						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10 T08	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590327156								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**SO-1240 -2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10 DE 10**		
NÚMERO DE CDP	1487	FECHA	24/10/2019	**NÚMERO DE CRP**	**47626**	**FECHA**	**31/10/2019**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO PROFESIONAL Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMINETOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	11	2019		30	11	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.685.925								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%							

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:	$16.859.250
VALOR EJECUTADO	$16.859.250
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.685.925
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8498407170	$828116	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Noviembre del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Ing. Liliana Rios Velandia
Jefe Oficina de Desarrollo Institucional
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maribel Oviedo Rojas
Maribel Oviedo Rojas
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	Desarrollo Institucional			**Sede: SUR**					
No. DE CONTRATO:	SO-1240 -2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.019		30	11	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIBEL OVIEDO ROJAS		**C. C.**		53.093.737		**DE**	BOGOTA	

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 Auxiliar Administrativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _x__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO		PRODUCTOS ENTREGADOS
Consolidacion de la informacion necesaria para la estructuracion y repórte de informacion institucional de	SI	se recibio informes de enfermeria y especializada correspondiente al mes de Octubre	Información actualizada
Generar los soportes necesarios para la estruturacion de informes de norma o de acuerdo a requerimiento.	SI	Se consolido la informacion correspondiente al mes de Octubre	Informes en el sistema
Realizar los ajustes necesarios que permitan soportar la vercidad de la informacion a reportar.	SI	Se verifico información de producción, horas contratadas y laboradas del mes de Septiembre y talento humano en el aplicativo CIP de los servicios: Enfermeria y consulta especializada y no especializada	Información del mes actualizada en el aplicativo
Participar activamente en la mesa de Gerencia de informacion.	No	Asistencia a reuniones y capacitaciones para la actualizacion de informacion y establecimiento de lineamientos	No aplico este mes
Soportar los resultados obtenidos a la luz del comportamiento histórico y contextual de las variables.	Si	Informes recibidos por cada paps, caps y Uhmes de la unidad	Informes en el sistema
Establecer alertas para efectos de un control positivo y efectivo de resultados	Si	Cronogramas establecios por la subred	Se entrego de acuerdo fechas establecidas
Generar informacion necesaria para retroalimentar a los referentes de areas o servicios, para revisión y toma de	Si	Se realizo consolidado de Enfermeria y tablero de medicina especializada y no especializada subred	Enviado a correos de cada no de los referentes
Participar activa y propositivamente en los análisis de Información de acuerdo a necesidades Institucionales.	Si	Se realizo oportunamente informacion para el servicio	Aplicativo CIP
Mantener actualizadas las necesidades de información por procesos	Si	Se realizo ingreso de informacion para el aplicativo CIP , oportunamente correspondiente al mes de octubre	Informacion actualizada
Verificar las diferentes fuentes de emisión de la información de los datos y retroalimentar a las áreas	Si	Se verifico y consolido la informacion de acuerdo a lo establecido	Informacion actualizada
Soportar y mantener actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de	Si	Se ingreso informacion para cip de enfermeria y consulta especializada para su consulta oportuna	Aplicativo CIP
Apoyar la alimentacion de la informacion de Almera	No	Este mes no se aplico	Este mes no se aplico
Asistir y Participar activamente en reuniones y procesos de fortalecimiento de competencias según programación en el área, la ESE o entes competentes, cuando sea requerido. .	Si	Asistir activamente a reuniones y capacitaciones que realice el equipo de trabajo	29 de octubre 2019
Soportar la informacion para el analisis del mismo de acuerdo a las necesidades o requerimientos.	Si	Se realizo ingreso de informacion para el aplicativo CIP , oportunamente correspondiente al mes de octubre	Informes en el sistema
Las demás actividades afines con el objeto contractual.	Si	Se realizo pago a seguridad social y lo indicado por el supervisor de area	Informes en el sistema y copia de planillas
Realizar la gestión pertinente que permita mantener actualizados los Indicadores institucionales y sus fichas técnicas en ALMERA	No	Este mes no se aplico	Este mes no se aplico

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,685.925 -UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE YCINCO PESOS M/CTE

Maribel Oviedo Rojas
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Ing. Liliana Ríos Valencia
Jefe Oficina de Desarrollo Institucional

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53093737		OVIEDO ROJAS MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1RA N 19B N120 TORE11 AP 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4426869	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	8498407170	8498407170	I	2019/11/13	2019/11/13	BANCO BOGOTA	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC	53093737	OVIEDO MARIBEL	231001	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-11	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0

Maribel Oviedo Rojas
CC. 53.093.737