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 |
| Fecha de aprobación | 9/11/2016 |
| Código | 15-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | IVET ELISABET OLAYA LOEBEL | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1131084170 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | iviolaya@gmail.com | | | | CELULAR: | 3135851292 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K27 | 100% | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 24080965659 | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3619-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 4 DE 4 | |
| **NÚMERO DE CDP** | 804 | **FECHA** | 18/4/2018 | **NÚMERO DE CRP** | 22740 | **FECHA** | 30/4/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 | 2018 | | 30 | 5 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,613,395 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $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.

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $5,795,496 |
| VALOR EJECUTADO | $5,593,103 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1,613,395 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $202,393 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

**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 **1.953.105** 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 | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8479220154 | $781,242 | $97,700 | $125,000 | 3 | $19,100 | **$241,800** |

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**IVET ELISABET OLAYA LOEBEL**
**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 |
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| | | Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC FO09 | | | | Sede: Fontibon | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3619-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 5 | 2.018 | | 30 | 5 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | IVET ELISABET OLAYA LOEBEL | | **C. C.** | 1.131.084.170 | | | **DE** | NARIÑO | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistenciales en el area 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..**

**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 a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio. | SI | 1 Reunion con mesa de victimas, quienes presentaran la estregia de atencion psicosocia a vitimas con enfoque diferencial 1 Reunion con comision de post conflicto para socializar que actores van a concertar acciones 1 Reunion con comision de salud para concertar acciones 2 Reuniones con mesa de victimas, comision de post conflcito, comision de salud y matronas para concertar acciones. | Actas y listados de asistencia. |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE. | SI | Elaboracion de diagnostico y construccion de estrategia para atencion a victimas de conflcito con enfoque etnico, diferencial. | No aplica para el periodo certificado |
| Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento. | NO | No aplica para el periodo certificado | Acta y listado de asistencia |
| Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado. | NO | No aplica para el periodo certificado | No aplica para el periodo certificado |
| Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS. | NO | No aplica para el periodo certificado | No aplica para el periodo certificado |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria. | NO | No aplica para el periodo certificado | Documentos soporte de productos. |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica. | NO | No aplica para el periodo certificado | No aplica para el periodo certificado |
| Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | NO | No aplica para el periodo certificado | No aplica para el periodo certificado |
| Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion. | NO | No aplica para el periodo certificado | No aplica para el periodo certificado |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | Entrega de actas y soportes a la coordinación | Actas y soportes |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado. | SI | Realizar entrega de diagnostico, construccion y validacion de la propuesta de la estrategia de atencion a victimas con autoridades. | Actas y listados de asistencia. |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | Ajustes de la propuesta según las sugerencias realizadas por cada uno de los actores | Entrega de productos. |
| Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS. | SI | 1 Reunion con Secretaria Distrirtal de Salud. | Actas y listados de asistencia. |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras) | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS. | |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato. | SI | Utilización adecuada de insumos. | Utilización adecuada de insumos |
| | | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ MCTE. $1.613.395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

NOMBRE Y CC CONTRATISTA IVET ELISABET OLAYA LOEBEL CC 1131084170

Fecha : 30/05/2018 Firma de recibido supervisor

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

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 1131084170 | | OLAYA LOEBEL IVET ELISABET | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 9 este # 30 30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-05 | 2018-05 | 8479220154 | 8479220154 | I | 2018/05/18 | 2018/05/16 | BANCO BOGOTA | 0 | $241,800 |

**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 | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | **$781,242** | **$125,000** | | | **$781,242** | **$97,700** | | | **$0** | **$0** | | | **$781,242** | **$19,100** | | **$0** | **$0** |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1131084170 | OLAYA IVET | 230301 | 30 | $781,242 | $125,000 | EPS008 | 30 | $781,242 | $97,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-28 | 30 | $781,242 | $19,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |

PAGADO

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 1131084170 | | OLAYA LOEBEL IVET ELISABET | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 9 este # 30 30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-05 | 2018-05 | 8479220154 | 8479220154 | I | 2018/05/18 | 2018/05/16 | BANCO BOGOTA | 0 | $241,800 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $241,800 | $0 | $0 | $241,800 |

PAGADO