Secretaria 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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1026271238						
CORREO ELECTRONICO:	luisconde.gv@gmail.com				CELULAR:	3195718804						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Administrativo (Tintal)				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	
	KE11T04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24101068277										PENSIONADO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3452 - 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10 DE 10**	
NÚMERO DE CDP	1600	FECHA	10/31/2020	**NÚMERO DE CRP**	48630	**FECHA**	11/6/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales y de apoyo como profesional Universitario - Administrador, dentro diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de a las necesidades de la institución							
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	
		1	11	2020		30	11	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,114,000							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad qu 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:	$31,140,000
VALOR EJECUTADO	$31,140,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,114,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100.0%

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 ho inferiores a **$ 2.194.508**, 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 APOR**
9412028401	$1,245,600	$155,700	$199,300	3	$30,400	**$385,40**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de noviembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Soraya Paredes Muñoz
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luis Carlos Conde Sanchez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

%
No
o de los cuerdo a
AÑO
2020
e
norarios
RTES
0

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	4/3/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	OFICINA DE CONTROL INTERNO										**Sede:** KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	Cto 3452 de 2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**			
			1	11	2,020		30	11	2,020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ		**C. C.**		1,026,271,238		**DE**		Bogotá			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Control Interno 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 ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Participar en la formulación del plan anual de auditorías. Plan de acción y mapa de riesgos de la oficina de control interno (control organizacional).	**NO**	Actividad programada y ejecutada en el mes de enero de 2020. El Plan Anual de Auditoría vigencia 2020, fue aprobado por el Jefe de la Oficina de Control Interno y la alta Gerencia.	Plan Anual de Auditoría - Publicado en la página Web
2. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento y/o acciones de mejoramiento preventivas correctivas o de seguimiento (relacionadas con la gestión institucional) que le sean asignados.	**SI**	Verificación y seguimiento en el aplicativo Almera del plan de mejora externo, suscrito por la Subred Sur Occidente con ocasión del informe de Veeduría Expediente: N° 20205003339900015E	Soportes aplicativo Almera Acta mesa de trabajo - Suscrita con la Dirección de Contratación
3. Realizar actividades para la atención a entes externos.	**SI**	Apoyé en el acompañamiento al proceso de selección de funcionarios de carrera administrativa, de conformidad con la solicitud realizada por la Dirección de Talento Humano de la Subred Sur Occidente ESE.	Acta de reunión
4. Apoyar y acompañar a la alta Dirección y a los responsables de procesos en la implementación del componente de administración de riesgos y realizar seguimiento.	**NO**	Actividad no programada para este periodo	
5. Realizar acompañamiento a los procesos asignados en relación con la administración de riesgos.	**SI**	Apoyé en la elaboración de los informes preliminares de auditoría a la Contratación Covid 19 y a los Procesos disciplinarios de la Entidad, de conformidad con el Plan Anual de Auditoría vigencia 2020	Informes preliminares de auditoría formato Word
6. Apoyar la evaluación de la gestión de acuerdo con la normatividad vigente y realizar la pertinente retroalimentación dentro de los canales de comunicación establecidos.	**SI**	Apoyé en los acompañamientos de toma física de inventarios de Almacén (USS Kennedy), y farmacia (USS Kennedy Urgencias), de conformidad con la solicitud del comité de inventarios de la Subred Sur Occidente ESE.	Actas de reunión
7. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos asignados a su responsabilidad.	**SI**	De acuerdo al acta de entrega elaborada por el área de Activos Fijos, doy uso eficiente a los equipos y demás bienes asignados.	Acta de reunión
8. Conocer, promover y aplicar normas de gestión ambiental residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad, programa de salud ocupacional y demás normatividad en marco de la salud.	**SI**	De conformidad con la normatividad vigente doy cumplimiento a la política de gestión ambiental y al programa de Salud Ocupacional de la Subred Sur Occidente ESE.	
9. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la gestión eficiente en el área y contribuir en el cumplimiento de la misión.	**SI**	Dentro de los informes preliminares de auditoría, se dio a conocer a la Entidad posibles oportunidades de mejora, las cuales deberán ser analizadas por los lideres de proceso a fin de subsanar las falencias detectadas y contribuir con la mejora continua.	Informes preliminares de auditoría formato Word
10. Realizar acciones encaminadas a verificar que los controles definidos para los procesos y procedimientos de la Institución se cumplan por los responsables de su ejecución y efectuar la respectiva retroalimentación para la implementación de acciones de mejora a lugar por parte de los responsables.	**SI**	Verificadas las bases de información suministradas por la Dirección de Contratación, y cotejados con los reportes generados en el Aplicativo Secop II, se evidenciaron posibles falencias en la contratación de OPS para la vigencia 2020; se realizaron diferentes recomendaciones a fin de promover la suscripción de un plan de mejora que permita subsanar lo evidenciado, y a su vez no incurrir nuevamente en dichas falencias dentro de la Subred Sur Occidente ESE.	Informes preliminares de auditoría formato Word
11. Participar en el desarrollo de comités institucionales y espacios de comunicación institucionales establecidos para fomentar la cultura del control.	**SI**	De conformidad con los requerimientos y actividades diarias, participé en las mesas de trabajo adelantadas por la OCI, los días 3, 12 y 13 de noviembre.	Actas de reunión / Actas de capacitación
12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a los roles de la oficina de control organizacional y afines al objeto institucional requerido.	**SI**	Participé en las reuniones programadas por el Jefe de la Oficina de Control Interno	Acta de reunión

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.114.000 Tres millones ciento catorce mil pesos

CONTRATISTA : LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ C.C. 1.026.271.238	**Fecha de Recibido 30/11/2020 - SUPERVISOR: DRA. SORAYA PAREDES MUÑOZ**

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 1026271238		CONDE SANCHEZ LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 C nO 19 A 19 PS 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2014822	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	797109596	9412028401	I	2020/11/11	2020/11/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$385,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
1	CC	1026271238	CONDE LUIS	230301	30	$1,245,600	$199,300	EPS005	30	$1,245,600	$155,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,245,600	$30,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0

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 1026271238		CONDE SANCHEZ LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 C nO 19 A 19 PS 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2014822	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	797109596	9412028401	I	2020/11/11	2020/11/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$385,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$199,300	$0	$0	$199,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$199,300	$0	$0	$199,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,400	$0	$0	$30,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$30,400	$0	$0	$30,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$155,700	$0	$0	$155,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$155,700	$0	$0	$155,700
TOTAL				**1**	**$385,400**	**$0**	**$0**	**$385,400**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ
C.C 1026271238 DE BOGOTÁ

La suma de tres millones ciento catorce mil pesos ($ 3.114.000), por concepto de: Prestación de servicios como Profesional Universitario (1), durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 de noviembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3452 de 2020.



LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ

C.C. 1026271238 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24101068277