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:	DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52326846							
CORREO ELECTRONICO:	dimaniro77@gmail.com				CELULAR:	3114552508							
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	80685437256								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	710-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	13006	FECHA	31/01/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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-Odontologa									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2020		29	2	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.627.447
VALOR EJECUTADO	$1.627.447
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.627.447
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	
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 **$2,194.508** , 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 APORTES
5157232811	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$277.000**

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

JUDY MARCELA LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA NIETO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

[redacted]	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA			**Sede:** FONTIBÓN					
No. DE CONTRATO:	710-2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.020		29	2	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ		**C. C.**	52.326.846		**DE**	Bogota		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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-Odontologa

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 conforme a lo establecido por los lineamientos estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institucion cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	Se realizan las actividades de la estrategia Sintonizarte como Odontologa en VACACIONES RECREATIVAS SALUDABLES . Alistamiento, organización de papeleria y materiales requeridos , concertacion de los grupos de niños y niñas participantes de las Vacaciones Saludables. Semana del 3 al 8 de febrero en JARDIN INFANTIL AVENTURAS MAGICAS. Y semana del 10 al 15 de febrero JARDIN CASA DE MICKEY MOUSE	informacion incluida en las actas de las diferentes actividades.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Se realizan las actividades de la estrategia Sintonizarte como Odontologa en VACACIONES RECREATIVAS SALUDABLES . Alistamiento, organización de papeleria y materiales requeridos , concertacion de los grupos de niños y niñas participantes de las Vacaciones Saludables. Semana del 3 al 8 de febrero en JARDIN INFANTIL AVENTURAS MAGICAS. Y semana del 10 al 15 de febrero JARDIN CASA DE MICKEY MOUSE	actas, listados, formatos de salud oral y canalizaciones
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	Durante el mes no se realizaron caracterizaciones en el espacio educacion;	ninguno
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	en el mes no se participo en jornada de salud publica	ninguno
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.	SI	Para el mes de Febrero no se realizaron canalizaciones en odontologia	ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Durante este mes se alistaron soportes de la vigencia	Actas, Listados
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	Durante el mes no se realizaron notificaciones en salud oral, debido a que no se presentaron casos.	ninguno
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se realizo socializacion de los deberes y derechos en salud oral	informacion incluida en las actas de las diferentes actividades.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	Durante el mes no se realizaron procesos de veeduria.	ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se hizo entrega de todos los soportes realizados durante el mes a la referente y apoyos del espacio educación.	actas, listados, formatos de salud oral
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado	SI	, se presenta preauditoria semanal a la profesional de apoyo de espacio educativo	actas, listados, formatos de salud oral
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Para este mes se presentaron los informes requeridos por referente.	matriz 1186
Asistr a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	se asiste a reuniones de equipo	acta y listado 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	Asumire la glosa del 100% si se presentarse	ninguno
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	Se manejaron adecuadamente los insumos y equipos en los cuales he trabajado.	ninguno

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR :$ 1,627,447 Un millon seiscientos veintisiete mil cuatrocientos cuarenta y siete

DIANA NIETO

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52326846

Fecha - aclaraciones firma de la persona supervisor

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52326846
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 81 B 19 B 80 APTO 302 INT 18	TELÉFONO:	4776915
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5157232811**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2020		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0546677407				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.300	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:			**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 5.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52326846	NIETO RODRIGUEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.301.958				NO							01 - 30										

SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DIAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	PENSIÓN INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
	230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	52326846	$ 21.400	30	$ 877.803	CCF24-COMPENSAR	$ 5.300	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 277.000**