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	

10

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:	4532 - 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de12			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2020		31	1	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:	$34.232.385
VALOR EJECUTADO	$33.850.897
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.627.447
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$381.488
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
5156975810	$1.301.958	$162.800	$208.400	3	$31.800	**$410.900**

Dado en Bogotá el mes de Enero 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



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:	4532-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.020		31	1	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.

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 inspecciòn, 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.	informacion incluida en las actas de las dferentes 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.	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 enero 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 dferentes 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
Asistir 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

52326846 BM.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA NIETO.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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

SOI

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 ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			**5156975810**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO 2019
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/01/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0440301230

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208,400	$ 0	$ 208,400
SUBTOTALES:										**$ 208,400**	**$ 0**	**$ 208,400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162,800	$ 0	$ 0	$ 162,800
SUBTOTALES:													**$ 162,800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162,800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31,800	$ 31,800	$ 0	$ 0	$ 31,800
SUBTOTALES:									**$ 31,800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31,800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 7,900	$ 0	$ 7,900
SUBTOTALES:			**$ 7,900**	**$ 0**	**$ 7,900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COL	VSP	VST	SLN	COM	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52326846	NIETO RODRIGUEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1,301,958			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1,301,958	$ 208,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208,400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,301,958	$ 162,800	$ 0	$ 162,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,301,958	$ 52326846	$ 31,800	30	$ 1,301,958	SCCF24-COMPENSAR	$ 7,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 410.900**

Planilla Pagada