180

Secretaría Distrital 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:	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52483224							
CORREO ELECTRONICO:	nicote48@hotmail.com				CELULAR:	3045490814							
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	%	
	FO09K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455470021888									PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5173-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3
NÚMERO DE CDP	934	FECHA	26/6/2020	NÚMERO DE CRP	28540	FECHA	30/6/2020
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.**						

		DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	6	2020		31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES: (Descuentos,incapacidades,licencias de maternidad y pagos por porcentales O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios alivios tributarios)es de anotarse que los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.931.941
VALOR EJECUTADO	$5.931.941
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 **$2.194.507** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8344535150	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

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

Claudia Patricia Prieto C.

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana C Malaver Prieto

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA			**Sede: fontibon F 009**					
No. DE CONTRATO: 5173-2020		**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO		**C. C.**	52.483.224			**DE**	BOGOTA	

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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil tecnico conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio.	SI	Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE.	SI	Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional teniendo en cuenta las necesidades de las familias	No aplica para el mes certificado
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadastanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente ESE, o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	Según requerimiento de la Subred.	No aplica para el mes certificado
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS	SI	Se realiza activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a las necesidades de las familias.	Formato de canalizacion y activacion de ruta.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora y/o SDS.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Se realiza Notificacion de eventos de interes en salud publica requeridas según caracterizacion de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se informa a los individuos/ familias o colectivos sobre sus derechos y deberes en los diferentes encuentros que se tienen con ellos.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole 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 y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Velar y responder por los recursos yadecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos	Cuidado de los equipos de computo utilizacion adecuada de insumos
Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS	Formato de seguimiento casos Indice SEGUIMIENTO DIARIO CONTOL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE PESOS M/C

Diana C Malaver Prieto

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC 52483224

CONTRATISTA:

Claudia Patricia Prieto C

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC. 52483224 DE BOGOTA

La suma de $2.197.015 (Dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos M/C) por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFEMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 1 AGOSTO al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5173/2020

Diana C Malaver Prieto.

DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC 52483224 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 455470021888

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO
No. Identificación: CC52483224
Dirección: CALLE 15B BIS #112-51
Telefono: 4153960
Correo: nicote48@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8344535150

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO
Tipo y número de identificación	CC52483224
Número de planilla	8344535150
Fecha pago	2020-08-05
Número de autorización pago	50487694
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2020
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	109800	1

8344535150

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52483224
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO

Cod. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO	**Nit:**	52453254
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2020
Número de radicación:	8344535150	**Total a pagar:**	$271,700
Fecha de vencimiento:	10/08/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	05/08/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	50487694
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	860003780	ARL SURA	1		$0.00	$21,400
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$140,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$109,800
						$271,700

*Si descuenta incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara Acerca de los certificados SSL

icontec ISO / IEC 27001 CO-CER000-1

Powered by Cenet Edinet