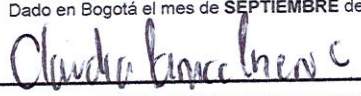
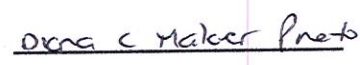


		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión 1						
						Fecha de aprobación 9/11/2016						
						Código: 5-02-FO-000						
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIANA CONSUELO MALAVER 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	%			
		FO09K32	100%									
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA		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		4 DE 4				
NÚMERO DE CDP		1245	FECHA	27/8/2020		NÚMERO DE CRP		37910	FECHA	30/8/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	9	2020		30	9	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 porcentajes. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar pae que los alivios tributarios se debe allegar los soportes.												
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO												
CONCEPTO								VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$8.128.956				
VALOR EJECUTADO								\$8.128.956				
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 <u>mínimo</u> 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				
8344909982	\$878.806	\$109.800		\$140.500		3	\$21.400	\$271.700				
Dado en Bogotá el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil veinte(2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente												
												
CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO								DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO				
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA				

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	 ALCAZAR MAYOR DE BOGOTÁ S.R.L.
		Fecha de aprobación	03/06/2017	
		Código	06-02-FO-0013	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA	Sede:	Fontibon F 009
No. DE CONTRATO:	5173-2020	Periodo certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO	C. C.	52.483.224 DE BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 técnico 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 contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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 contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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 ruta 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, comunales, institucionales, locales) programadas tanto 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 canalización y activación de ruta.
Alistar soportes y presentar auditorías 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 notificación de eventos de interés en salud pública: requeridas según caracterización de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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 deberes y derechos en los diferentes encuentros que se tienen con ellos.	Matriz de unidad de análisis e implementación
Facilitar los procesos de veeduría 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 la seguridad social en salud y participación social.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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 índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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 asumirá el 100% de la glosa generada.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL COVID-19 TABLERO RELACION CASOS
Velar y responder por los recursos y adecuado 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 cómputo utilización adecuada de insumos.	Cuidado de los equipos de cómputo utilización adecuada de insumos.
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	Formato de seguimiento casos índice SEGUIMIENTO DIARIO CONTROL 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

CONTRATISTA: <u>Diana C. Malaver Prieto.</u> DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO CC 52483224	Fecha: <u>03/06/2017</u> Firma de recibido superior: <u>Claudia Linares</u>
---	--

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: 8344909982

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	8344909982
Fecha pago	2020-09-07
Número de autorización pago	2559042
Banco	1023

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

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

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

Cód. 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	52483224	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO	CALLE 156 BIS #12-51	4153960	niccoae48@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
8344909982	07/09/2020				UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	N	14/09/2020	45373434	\$400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	100

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	100	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria
230301	Pensionir	800224808-8	200

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	0		200	1

TOTALS RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-11	ARI SURA	890903790-5	100

Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Totol a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	Sistemas	Coización	Mora	Coización	Coización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
			100	0	0	100			1	100	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTAL POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRT y Mora
Salud	1	100
Pensión	1	200
Riesgos Laborales	1	100
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	3	400

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09 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 ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 1 SEPTIEMBRE al 30 de SEPTIEMBRE 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