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:	LUZ DARI PULIDO ESTUPIÑAN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023906520						
CORREO	DARY_LUZ0329@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3162937192						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F009 PIC FONTIBON											
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	%
	F009K28	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5000225903								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**158-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**PAGO 1 DE 1**	
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2020	**NÚMERO DE CRP**	12472	**FECHA**	31/01/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios 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	2	2020		29	2	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que 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:	$3.254.894
VALOR EJECUTADO	$3.254.894
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
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 $2194507, 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
9401326826	$1.301.957,00	$162.745	$208.313	3	$31.716	**$402.773**

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

SANDRA M. RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ DARI PULIDO ESTUPIÑAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA							**Sede: SUR**			
No. DE CONTRATO:	158/2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**		
			1	2	20		29	2	20		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DARI PULIDO ESTUPIÑAN		**C. C.**		1.023.906.520		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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 con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia	SI	se realiza las actividades programadas de forma oportuna y con calidad teniendo en cuanta los parametros establecidos por sds y la sub red apropiacion de lineamientos, asistencias tecnicas y visitas a at, uti	organizacion de archivos, revision de soportes y formatos de visita
dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en fichas tecnicas y lineamientos	SI	se da cumplimiento a la actividades establecidas en el contrato para el espacio trabajo Asesoria de seguimiento y a 12 AT y 41 asesorias psicosociales a UTI media en kennedy,	formatos de registro revision de los mismos
realizar seguimineto a menores de cinco años canalizados con identificacion del riesgo establecidos en el plan de choque	SI	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
realizar induccion a la demanda y seguimineto efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS	SI	orientacion y canalizacion de casos abordados acorde a necesidades identificadas	informacion registrada en los respectivos formatos
notificar todos los eventos de interes en salud publica	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
realizar el seguimineto y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interes en salud publica	SI	no se presentan eventos de interes a notificar	no aplica
realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud	SI	orientacion y canalizacion de casos abordados acorde a necesidades identificadas	informacion registrada en los respectivos formatos
informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	informacion registrada en los respectivos formatos
facilitar los procesos de veedurtia ciudadana y participacion socia, con el fin de fortalecer la gestion	SI	informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	informacion registrada en los respectivos formatos
participar actiovamente en en las jornadas de salud publica programadas por la sub red sur occidente	SI	participacion en jornada por contingencia alerta naranja	acta y listado de asitencia
seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	SI	seguimiento al plan padrino	registro en acta
realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	entrega de formatos solicitados por el espacio	entrega de soportes de uti y NNAT
realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio	SI	arreglo de formatos de acuerdo a solicitud del espacio	entrega de soportes de uti y NNAT
realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	entrega de informes solicitados en fechas establecidas	lero de indicadores e informacion solicita
alistar soporte4s y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS	SI	alistamiento de soportes para presentar auditorias	de soportes organizados para presentar
asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS	SI	asistencia a reuniones programadas por el espacio	a reuniones programadas por el epacio
asumir el 100% de la glosa generaqda por la firmna interbventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la	NO	no se presenta	no aplica
velar y responder por los recursos y adecuado funciponamiento de los equipos documentos y bienes muebles	SI	uso adecuado de insumos y herramientas	uso adecuado de los insumos
pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros dias calendario de cada mes	SI	pago de seguridad social de forma pertinente	planilla de pago seguridad social

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3254894 TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/cte

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023906520		PULIDO ESTUPIÑAN LUZ DARI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 34 SUR # 4-14 ESTE BRR ATENAS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3678535	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	9401326826	9401326826	I	2020/02/06	2020/02/13	BANCO BOGOTA	7	$432,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,305,000**	**$208,800**			**$1,305,000**	**$163,200**			**$1,305,000**	**$26,100**			**$1,305,000**	**$31,800**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,305,000	$208,800			$1,305,000	$163,200			$1,305,000	$26,100			$1,305,000	$31,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,305,000	$208,800			$1,305,000	$163,200			$1,305,000	$26,100			$1,305,000	$31,800		$0	$0
1	CC 1023906520	PULIDO LUZ	230301	30	$1,305,000	$208,800	EPS005	30	$1,305,000	$163,200	CCF24	30	$1,305,000	$26,100	14-11	30	$1,305,000	$31,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,305,000	$208,800			$1,305,000	$163,200			$1,305,000	$26,100			$1,305,000	$31,800		$0	$0