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
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVET ELISABET OLAYA LOEBEL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1131084170						
CORREO ELECTRONICO:	iviolaya@gmail.com				CELULAR:	3009786200						
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	%
	K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		24080965659							PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3619-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5	
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	07/06/2018	NÚMERO DE CRP	26513	FECHA	31/05/2018
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						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2018		30	6	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395							
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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.408.891
VALOR EJECUTADO	$7.206.498
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$202.393
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 **1.953.105** 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8480251402	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá en el mes de Junio del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

IVET ELISABET OLAYA LOEBEL
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:	PIC FO09			Sede: Fontibon					
No. DE CONTRATO:	3619-2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVET ELISABET OLAYA LOEBEL		C. C.	1.131.084.170		DE	NARIÑO		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistenciales 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 a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Finalizacion del diagnostico y estrategia 1. Reunion con mesa de victimas, comusion de post conflicto y comision de salud. 1. Socalizacion de la estrategia al equipo de secretaria de salud 1. Socializacon y validacion de la estrategia con mesa efectiva de victimas, comision de post conclito y comision de salud. Entrega de estrategia	Actas y listados de asistencia.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	NO	finalizacion de diagnostico y estrategia	No aplica para el periodo certificado
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	No aplica para el periodo certificado	Acta y listado de asistencia
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	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
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.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de actas y soportes a la coordinación	Actas y soportes
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con la coordinadora del equipo.	Actas y listados de asistencia.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega de producto metodologia	Entrega de productos.
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	1 Reunion con Secretaria Distrirtal de Salud.	Actas y listados 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	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	
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	Utilización adecuada de insumos.	Utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ MCTE. $1.613.395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

NOMBRE Y CC CONTRATISTA IVET ELISABET OLAYA LOEBEL CC 1131084170

Fecha : 30/06/2018 Firma de recibido supervisor

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1131084170		OLAYA LOEBEL IVET ELISABET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 este # 30 30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	8480251402	8480251402	I	2018/06/20	2018/06/07	BANCO BOGOTA	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC 1131084170	OLAYA IVET	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/06/07 02:59 PM