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:	MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.325.935						
CORREO ELECTRONICO:	monicariza06@gmail.com				CELULAR:	3105744056						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibón FO 09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K 25	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590401001								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0732 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18727	FECHA	28/03/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN PSIOLOGÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución. En concordancia con el Contrato Interadministrativo 077 de 2017 Plan Intervenciones Colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		01	04	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					
OBSERVACIONES: NINGUNA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.211.965
VALOR EJECUTADO	$9.211.965
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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 **$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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8477733520	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

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

JESUS ANDRES BRAVO	MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. Abril 2018

CUENTA DE COBRO 3

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA
CC. N° **52.325.935** de Bogotà

Por concepto de servicios prestados durante el mes de **Abril** de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0732 de 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: **0**

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

TOTAL: $ 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE **AHORROS** X CTE___ No **007590401001**
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K25	100%	$ 3.070.655
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.655

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017	X	
DECLARO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000)		X

CORDIALMENTE,

MÓNICA ALEXANDRA ARIZA LUNA
cc # **52.325.935** monicariza06@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3105744056

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 Pública - Gobernanza				**Sede:** CADE Fontibon					
No. DE CONTRATO:	0732 de 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	18		30	4	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Mónica Alexandra Ariza Luna		**C. C.**	52.325.935			**DE**	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Psicologa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Liderar y apoyar las acciones educativasde las diferentes actividades en los componentes, espacios y/o proyectos especiales, acciones de inspeccion vigilancia y control,redes,mesas,consejos,portafolio de servicios de la institución cuando se requiera.	SI	1. Procesos de fortalecimiento de capacidades y habiliades a los colaboradores de los espacios: educativo y trabajo 2. Participacion en las reuniones del componente de Gobernanza, reunión general del equipo y por componente.	Actas y listados de asistencia Fichas técnicas
Aportar a la estrategia comuncativa,tecnica,institucional y comunitaria para el fomento de la salud en el componente de gobernanza en la red Suroccidente.	SI	Participar en las reuniónes de planeación de las Jornadas Distritales y locales programadas para el mes brindado orientaciones técnicas y pedagogicas para su implementación	Actas y listados de asistencia Fichas técnicas
Planificar,ejecutar,y evaluar las jornadas de salud de acuerdo a la linea tecnica desde el nivel central.	SI	Acompañamiento técnico de seguimiento y monitoreo en las Jornadas programadas a nivel distrital con la aplicación de dos instrumentos: percepción de la comunidad, seguimiento y monitoreo a los colaboradores, con la presentación de informe de análisis.	Formatos de percepción y de seguimiento y monitoreo con su respectivo análisis
Planificar,desarrollar acciones itinerantes en el componente de constructores de comunidad en salud,articuladas con las estrategias de comunicación de subred sur occidente de manera ludica .	SI	Reunion con referente de espacio publico y lider del proceso de Gobernanza para concertar cronogramas y estrategias de trabajo para la implementación de las jornadas.	Actas y listados de asistencia
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en plan de accion,con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente.	SI	Alistamiento, implementación y sistematización de las activiades educativas programadas en los espacios y procesos de la subred.	Actas y listados de asistencia
Participar en la elaboración de informes con entrega oportuna	SI	Informe mensual del componente 3, subcomponente información en salud y subcomponete de educación y comunicación para la salud, anexos de los dos subcomponentes y matriz 1186	Informe mensual con anexos Matriz 1186
Alistar soportes para el proceso de auditoria requeridos por interventoria	SI	Organización de soportes para el proceso de auditoria y su respectiva presentación	Actas de alistamiento y presentación de auditoria
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Organización de soportes para el proceso de preauditoria y su respectivos ajustes	Actas, fichas técnicas, formatos de evaluación, registro fotografico, piezas comunicativas, material didactico
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la subred y SDS.	SI	Participacion en las asistencias técnicas de SDS y Proceso de Gobernanza	Actas y listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 (TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE)

Mónica Ariza

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52.325.935

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.

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 52325935		ARIZA LUNA MONICA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 80 # 8c 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8148690	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	328955579	8477733520	I	2018/04/09	2018/04/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$381,000

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
1	CC	52325935	ARIZA MONICA	230301	30	$1,228,000	$196,500	EPS005	30	$1,228,000	$153,500		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,000	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$500	$0	$197,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,500	$500	$0	$197,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$100	$0	$30,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$100	$0	$30,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$400	$0	$153,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$153,500	$400	$0	$153,900
TOTAL				1	$380,000	$1,000	$0	$381,000

PAGADO

2018/04/18 01:31 PM