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	9/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39723338							
CORREO ELECTRONICO:	vickycortes328@gmail.com				CELULAR:	3112510207							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBÓN SALUD PÚBLICA F009												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibón							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K29	100											
ENTIDAD FINANCIERA:					TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6270431437								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4524-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3	
NÚMERO DE CDP	468	FECHA	29/03/2021	NÚMERO DE CRP	21887	FECHA	31/03/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como DIGITADOR, 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.							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2021		30	4	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.674.263								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES: Ninguna

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.996.287
VALOR EJECUTADO	$4.996.287
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.700.765
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 **$2.271.315**, 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
946560452	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá mes de ABRIL del año Dos mil Ventiuno 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

OSCAR DANILO CRUZ REDONDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**PSPIC / GESI**			**Sede:**	**FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	**4524-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	4	2.020		30	4	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ**		**C. C.**		**39.723.338**		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: La Contratista ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como (DIGITADOR(A) Tecnica 3) 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
Realiar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares.	SI	1. Realiar actividades de digitación del componente, teniendo en cuenta la calidad del dato. 2.Se revisan lineamientos , se realiza asistencia técnica e inducción a nuevas aplicaciones o bases si se requiere. 3. Se facilita la revicion y mantenimiento de los equipos de parte del equipo de tecnicos e ingeniero 3. realizar aportes a bases de hallazgos desde dogotacion y desde instruccion de quipo de tecnicos.	1.Realizar actividades de digitación del componente y demas registros * Medio fisico : Actas y bases magneticas.
Digitación permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético.	SI	Espacio Trabajo: Caracterización UTIS: 329 Individuos 959 Identifición del riesgo (temas) 2141 Seguimientos 5106 - Caracterización NNA: 155 seguimientos 7572 Espacio Público: Caracterización sesiones colectivas : 142 Individuos 818 Sesión individuo 1191 Sesiones 589 Espacio Educativo: Caracterización sesiones colectivas : 141 Individuos 1112 Sesión individuo 2228 Sesiones 3128 Prevencion del embarazo : caracterizacion: 120 seguimientos 240 Dime: Caracterizacion 1A = 128 Individuos 1A= 402 Prueba de tamizaje= 101 Canalizacion= 65 Seguimiento a canalizacion= 40	Se hace entrega al técnico de sisitemas de las bases en medio magnetico.
Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa.	SI	Espacio Trabajo: Caracterización UTIS: 329 Individuos 959 Identifición del riesgo (temas) 2141 Seguimientos 5106 - Caracterización NNA: 155 seguimientos 7572 Espacio Público: Caracterización sesiones colectivas : 142 Individuos 818 Sesión individuo 1191 Sesiones 589 Espacio Educativo: Caracterización sesiones colectivas : 141 Individuos 1112 Sesión individuo 2228 Sesiones 3128 Prevencion del embarazo : caracterizacion: 120 seguimientos 240 Dime: Caracterizacion 1A = 128 Individuos 1A= 402 Prueba de tamizaje= 101 Canalizacion= 65 Seguimiento a canalizacion= 40	Se hace entrega al técnico de sisitemas en medio fisico los soportes/fichas de lo digitado
Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos.	SI	Se efectua el control de calidad con los formatos en fisico frente a la base de datos de los repectivos Espacios (Educativo, Laboral, Público)	Medio Magnético , medio Físico y Base de datos.
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información.	SI	Se reciben y aplican las orientaciones dadas por la Tecnico de Sistemas.	Se reciben diariamente las orientaciones de técnico de sistemas para el ingreso de las diferentes aplicaciones.
Suministar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega.	SI	Se suministra la informacion para la respectiva verificacion.	Las bases se encuentran en medio magnético según se requieran.
Apoyar al técnico de sistemas en el cruce entre los datos de las canalizaciones con las diferentes bases de datos existentes en la ESE.	SI	Se realiza a diario el diligenciamiento de la bitacora compartida por el drive con las actividades realizadas a diario.	Medio Magnético cada digitador alimenta la Bitacora con los registros ingresados de las bases de datos: Trabajo: UTIS - Trabajo infantil - Tamizajes Publico: Sesiones colectivas - Vespa - Caracterizacion barrial Educativo: Sesiones colectivas - Salud mental - Prevencion del embarazo Dime : Caracterizacion e Individuos 1A - Prueba de Tamizaje - Canalizacion y seguimiento
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud.	SI	Asistencia a conversatorio del mes de Septiembre Conversatorio de calidad uso adecaudo de elementos de proteccion personal (epp) de para fortalecimiento de el equipo y aportar a nuestro proceso de certificacion y prevencion de la emergencia.	Medio fisico acta de la reunion y listado de asistencia.
Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos(calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de politicas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la informacion registrada en el aplicativo.	SI	1.Se informo al técnico y tecnólogo inconvenientes en cuanto a la calidad del dato en los formatos 2. Se corrigieron los errores de calidad en la digitación encontrados en el control de calidad por la Técnico de Sistemas 3- Reunion de GESI del mes de Abril	En medio magnético se le informa al técnico y/o tecnólogo de sisitemas los hallazgos encontrados en los diferentes formatos en donde se ingresa los datos.
Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido.	SI	Aportar datos diarios de digitacion en base otorgada por el equipo de tecnicos.	Base con reportes diarios.

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR: ($ 1.700.765) UN MILLON SETECIENTOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Ana Victoria Cortes R

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ C C 39723338

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA 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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 39723338 / 4524-2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
C.C 39723338 DE Bogotá D.C

La suma de $($1.700.765) (UN MILLON SETECIENTOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS m/cte), por concepto de: (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC como DIGITADORA, 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.) durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4524-2021

Ana Victoria Cortes R

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
C.C 39723338 DE Bogotá D.C
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NÚMERO 6270431437

Bogotá DC Abril de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __x__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __x___cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ____x_____
5. SI _____ NO ___x__ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO _x____ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____0_____
8. Solicito SI _____ NO _x_____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____0_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __x___ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO _x_____

Atentamente

ANA VICTORIA CORTÉS RODRÍGUEZ
C.C 39723338
UNIDAD PIC FONTIBON

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	39723338-	ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	3	2021	4954156

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CRA 97 24 B 35 CASA 150	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4723550	4110537	VICKYCORTES328@HOTMAIL.COM	7490	0	1	2021/04/06	946560452

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	22.200		0	0	22.200

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	22.200		0	222	22.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	VALOR ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281.200	281.200

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14531707208

(415)7707212489984(8020) 000001453170720 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 7 2 3 3 3 8	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 7 2 3 3 3 8	1 9 8 7 0 1 3 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORTES	RODRIGUEZ	ANA	VICTORIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: AV CR 97 24 B 35 CA 150

42. Correo electrónico: vickycortes328@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 3 1 6 1	3 1 1 2 5 1 0 2 0 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2		51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 9	2 0 1 2 0 6 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4	9																								

53. Código 49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO