

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA
PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión 1
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código: 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1032396373					
CORREO ELECTRONICO:		elizabeth8707@yahoo.es				CELULAR:		3105752981				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SU40						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		71447326323				PENSIONADO		NO				

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0930-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18888	FECHA	28/03/2018		
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 TECNICO EN SISTEMAS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS		PIC	RESERVA DE GLOSA 2%		\$0				

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.840.185
VALOR EJECUTADO	\$4.840.185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.613.395
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
8478060334	\$781242	\$97.655	\$124.999	3	\$17.921	\$240.575

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

Yenny Andrea Alfonso B
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Elizabeth Castiblanco
ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA
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

ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA
CC. N° 1032396373 BOGOTA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0930-2018 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: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

TOTAL: \$ 1.613.395

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 71447326323
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K26	100%	\$ 1.613.395
TOTAL	100%	\$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO 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

Elizabeth Castiblanco
ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA

CC. N° 1032396373 BOGOTA

elizab8707@yahoo.es

TELEFONO CELULAR No.3105752981

	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:	SU40	Sede:	PAPS 11, PUENTE ARANDA														
No. DE CONTRATO:	0930-2018	Período certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>2.018</td> <td></td> <td>30</td> <td>4</td> <td>2.018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	4	2.018		30	4	2.018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1	4	2.018		30	4	2.018											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA	C. C.	1.032.396.373 DE BOGOTÁ														

OBJETO DEL CONTRATO: Presentar 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
Recepción y verificación de informes mensuales, tableros de control por cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad.	SI	Se realiza la revisión de informes mensuales de MARZO de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, por Listados Diario y Facturación del Aplicativo PAI vs SIS_151 y tableros de control que sean congruentes.	SIS_151 de la subred tableros de control
Realización de informes de EPS-S.	SI	Se realiza Informes de la EPS-S en el formato y fechas estipuladas por Localidad y Subred.	Base de Vacunados mes de Marzo Capital Salud, FFDS, Aliansalud, Famisanar.
Realización de informes periódicos, trimestrales, semestrales, anuales y extraordinarios.	SI	Consolidar informes mensuales de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, para generar el SIS_151 y Tablero de Control por Localidad y Subred congruente 100%	SIS_151 de la subred tableros de control
Realización visitas de asesoría técnica a cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad, con énfasis en la calidad del dato en el sistema de información.	SI	Se realizan visitas de asistencia técnica de sistemas de información según cronograma de actividades mes de ABRIL.	Actas de visitas
Consolidar informes correspondientes a visitas de asesoría y asistencia técnica de las unidades vacunadoras de la localidad.	SI	Se realiza el diligenciamiento del informe Matriz de Visitas mes de MARZO, y congruencia mes de ABRIL, adicionalmente se envía en fechas estipuladas a nivel central (antes del día 15)	Matriz de visitas
Apoyo en la digitación cuando sea requerido.	SI	Se apoya digitación del grupo extramural según necesidad. Depuración y relación en tablas de bases de datos Terminal Aereo para cargue masivo Aplicativo PAI	Informe mensual sis 151 Base de datos en tablas para cargue masivo Aplicativo PAI
Participación y asistencia en las reuniones locales, distritales programadas y convocadas.	SI	Se asistió a las reuniones locales y Distritales convocadas y programadas mes de ABRIL, dentro de ellas el comité PAI Subred.	Acta de comité Subred
Generación de listados mensuales para el área de facturación.	SI	Se descarga la base listado de facturación mes de MARZO, para realización de factura la cual se entregada según solicitud de la Subred	Archivo de facturación
Realización del diagnóstico de los equipos de cómputo en conjunto con el área de sistemas de información.	SI	Se realiza el diagnóstico de los equipos de la Subred Sur Occidente IPS Públicas y Privadas para nivel central.	Informe consolidado entregado a nivel Central SDS
Realización del cronograma de actividades para ejecutarse en el mes correspondiente.	SI	Se realiza la programación de actividades en visitas de asistencia técnica para el mes de ABRIL	Cronograma en drive
Soporte de auditoría de Secretaría Distrital de Salud o interventoría interna y externa	SI	Se entrega soportes correspondientes según periodos requeridos con resultado satisfactorio	Actas de visitas soporte de informes enviados a nivel central
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se realiza verificación de la calidad del dato en el diligenciamiento de los instrumentos utilizados en el mes de MARZO	Formato acta de visita, lista de chequeo recepción de informes mensuales, sis 151 informe mensual.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	SI	Se conocen y se aplican los lineamientos PAI, en el desarrollo de las actividades de la asistencia técnica IPS y reuniones Subred y Distrital	Se adaptan los lineamientos pai según actividades realizadas
Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.	SI	Se cumplen con las actividades demás y a fines del objeto institucional	Realización de informe nacidos vivos, resolución de contactenos aplicativo pai, desbloquear y habilitar usuarios de acceso al aplicativo pai.
Aportar al cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	En la visita de asistencia técnica se realiza verificación por aplicativo PAI el cumplimiento de los seguimientos de los menores de un año, de un año y de 5 años.	Verificar los seguimientos realizados en las ips

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 Un millón seiscientos trece mil trescientos noventa y cinco pesos m/c

<p><i>Elizabeth Castiblanco cc 1032396373</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <i>Btd.</i></p> <p>ANA ELIZABETH CASTIBLANCO BOTINA CC: 1032396373</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>Jenny Andrea Alfonso O</i></p>
--	--

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032396373		CASTIBLANCO BOTINA ANA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 NO 2 A - 76 BRR NUEVA MARSELLA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3975768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pension Salud	19689779	Planilla	Planilla	Limite	
2018-04	2018-04	8478060334	2018/04/17	2018/04/12	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES				Banco	Valor
				BANCO DE OCCIDENTE	\$257,500

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$781,242	\$15,700			\$781,242	\$19,100			\$781,242	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$781,242	\$15,700			\$781,242	\$19,100			\$781,242	\$0	
1	CC	1032396373	CASTIBLANCO ANA	230201	30	\$781,242	\$125,000	EP9005	30	\$781,242	\$97,700	CCF24	30	\$781,242	\$15,700	14-28	30	\$781,242	\$19,100	30	\$781,242	\$0	
Total Afiliados (1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$781,242	\$15,700			\$781,242	\$19,100			\$781,242	\$0	

PAAGADO