CS38-8068

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:	MARIA NELSY CHIQUASUQUE NEUTA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39,656,772						
CORREO ELECTRONICO:	furachugua@yahoo.com				CELULAR:	3209431009						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SU 40							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PAPS 11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K19	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20726025380								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0265 - 2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8999	FECHA	31/01/2018		
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	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$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:	$2.464.852
VALOR EJECUTADO	$2.464.852
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
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 **minimo** 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
8476956673	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

ANGELA MARIA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA NELSY CHIQUASUQUE NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Bogotá, D.C., Marzo 2018

CUENTA DE COBRO N° 02

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A
MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA
C.C. No. 39656772
Bogotá D.C.

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0285 de 2018 de acuerdo al informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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

TOTAL COBRO: **UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS PESOS**

TOTAL: $ **1.232.426**

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 20726025380
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	100%	$ 1.232.426
K09	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 1.232.426**

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2017		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT ($44.603.000,00)		X

Cordialmente,

Nelsy Chiguasuque

MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA
CC. 39656772 DE BOGOTA **furachugua@yahoo.com**
CEL: 3209431009

Secretaría Distrital 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	03/04/2017
		Código:	04-02-PO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA			**Sede: SU 40**						
No. DE CONTRATO:	0285 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2018		30	3	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA		**C. C.**	39,656,772			**DE**	BOGOTA	

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 (GESTORA COMUNITARIA ETNICA) 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
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	ACERCAMIENTO Y REUNION CON AUTORIDADES, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTALDE 40 FAMILIAS PRIORIZADAS,UNIDAD DE ANALISIS DE FAMILIAS,CONCERTACION PLAN FAMILIAR ATENCIONES EN MEDICINA ANCESTRAL, REUNIONES INTERNAS DEL CABILDO EN DIFERENTES GRUPOS ASAMBLEA GENERAL. ACTIVIDAD COLECTIVA BIMENSUAL CON ENFOQUE AMBIENTAL ENCUENTRO DE SABERES DISTRITAL	ACTA DE REUNION CON AUTORIDADES,DILIGENCIAMIENTO FICHA DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL MATRIZ FAMILIAR LISTADO DE ASISTENCIA DE LAS REUNIONES Y ATENCIONES,FICHA TECNICA,ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA ACTIVIDAD COLECTIVA Y LISTADO DE ASISTENCIA DEL ENCUENTRO DE SABERES
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	NO		
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	NO		
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	NO		
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	40 FAMILIAS INTERVENIDAS POR EL PROFESIONAL MEDICO ANCESTRAL,PARTERA, GESTORA Y TECNICO AMBIENTAL BRINDANDO INFORMACIÓN SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS FRENTE A A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y TEMAS PROPIOS DE MEDICINA ANCESTRAL	MATRIZ DE UNIDAD DE ANALISIS E IMPLEMENTACIÓN
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	ENTREGA DE SOPORTES CON LA CALIDAD REQUERIDA PARA INFORME DEL MES	ACTA CON AUTORIDADES, CARTA DE COMPROMISO, FORMATO DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL DILIGENCIADO,AFGAR POR FAMILIA MATRIZ DE UNIDAD DE ANALISIS E IMPLEMENTACION ACTAS DE REUNIÓN DE EQUIPO MENSUAL
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	ENTREGA DE SOPORTES CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD EXIGIDOS POR LA SDS Y DE PRESENTARSE GLOSA SE ASUMIRA EL 100% DE LA GLOSA GENERADA	SE ENTREGAN LOS SOPORTES CON LA CALIDAD REQUERIDA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	PARTICIPACIÓN EN REUNIÓN DE EQUIPO Y ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS EN EL MES DE MARZO DE 2018.	LISTADOS DE ASISTENCIA, QUE DEN CUENTA DE LA PARTICIPACIÓN

TOTAL A PAGAR ($ 1.232.426 UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS PESOS): $ 1.232.426

MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA CC 39,656,772 de BOGOTA
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 88 SUR 87N 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	1000000013	8476956673	I	2018/03/16	2018/03/08	BANCO BOGOTA	0	$241,800

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)					$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 39656772	CHIGUASUQUE MARIA	25-14	30	$781,242	$125,000	EPS017	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

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 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 88 SUR 87N 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	1000000013	8476956673	I	2018/03/16	2018/03/08	BANCO BOGOTA	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO