6965

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No	1127073283							
CORREO ELECTRONICO:	TANIASULED@GMAIL.COM				CELULAR:	3058160268							
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	%	
	K10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456070020767									PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0244-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8958	FECHA	31/01/2018				
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 AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI 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 contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2018		28	2	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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$1.613.395
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.613.395
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8476012984	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

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

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ALFONSO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tania Ortiz

TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Jennifer

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ
CC. N° 1127073283 VILLAGARZON

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0244-2018 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 TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCTE

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 456070020767
DEL BANCO: DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	100%	$ 1.613.395
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
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, Tania Ortiz

TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ
CC:1127073283 DE VILLAGARZON taniasuled@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3058160268

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	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA		Sede: PAPS 11 PUENTE ARANDA						
No. DE CONTRATO:	0244-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ		C. C.		1.127.073.283		DE	VILLAGARZON	

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 AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar las diferentes actividades: toma y envío de muestras, vacunación, suplementación, citología (si fuera necesario), en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a los proyectos especiales o Territorios y/o componentes a los que sea designado, afines al perfil laboral conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Entrega diaria y administracion de medicamentos los dias 02,04,05,16,18,24,28 de FEBERO.	formatos de entrega de medicamentos y supervision de taes docmiciliario
Brindar asesoría técnica, atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad en temas como: SGSS, vacunación, eventos de interes en Salud Pública, normatividad Sanitaria y Ambiental, según línea de intervención o actividad al que sea designada.	SI	Se realizan sensibilizacion en salon comunal dindalito el dia 29/01/2018.	Actas y listados
Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón	SI	Articulacion vigilancia epidemiologica los dias 05/12/19/26 de FEBRERO 2018.	Actas
Apoyo a las acciones de las diferentes actividades de las líneas de acción de Salud Pública o portafolio de servicios institucionales cuando sea requerido.	SI	Seguimientos telefonicos 20 usuarios los dias 04,05,10,11,12,23,25 de Enero 2018	Formato magnetico
Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad.	SI	Actualización de base de datos y kardex programa transmisbles 09 de Enero 2017	Base Magnetico
Atender el servicio de vacunación asignado y diligenciar completamente los formatos de seguimiento del programa, informar a los usuarios el esquema de vacunación y las posibles reacciones post-vacunales que se puedan presentar.	SI	Reuniones de pacientes mensual (1) 26 Enero 2018	Actas y listados
Notificar al área de Vigilancia los usuarios que no puedan ser vacunados, los eventos de notificación obligatoria,	SI	Consolidacion información informe mensual,09 de Enero 2018 apoyo administrativo.	Base Magnetico
Controlar diariamente la temperatura de la nevera donde están los biológicos de vacunación; realizar el lavado de nevera de acuerdo a programación establecida.	SI	Se realiza solicitud de control de temperatura y humedad a la Farmacia CAPS TRINIDAD GALAN el 04/02/2018 .	Registro de temperatura y humedad
Avisar oportunamente a la referente del programa cuando el inventario de biológico esté próximo a agotarse.	SI	Verificaciòn de pacientes con referente de programa 31 FEBRERO2018	Base Magnetico
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia, antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Durante las actividades de las vistas de pacientes deTB y lepra se educa al paciente y familia la importancia de tomarse el medicamento como lo indica la guia del ministerio de salud, para una buena adherencia durante el tratamiento, para que mas a delante no presente reacciones o resistencia a los tratamientos	formato de visitas
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestación del servicio y realizar el registro de fechas de vencimiento, registro INVIMA y lote de fabricación.	SI	Envio bases de datos PIGI, base de pacientes quimioprofilacticos y entrega de kardex de medicamentos 09 de Enero 2018, Base visitas 16 de FEBRERO 2018	Correos
Realizar caracterizaciónes, seguimientos, educación individual o grupal a las familias propias del Terriotio asignado en los formatos preestablecidos por la SDS y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E	SI	Elaboración de cronograma 22 de FEBRERO 2018.	Drive Cronograma

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1613395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCT

Tania Ortiz

TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ , CC 1127073283

CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yenny Andrea Arfuso B

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 1127073283		ORTIZ JIMENEZ TANIA ZULEIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 90D 42G 66 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4530148	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	1000001188	8476012984	I	2018/02/20	2018/02/08	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	1127073283 ORTIZ TANIA	231001	30	$781,242	$125,000	EPS002	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