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	%
	K28	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:	4011-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	19178	FECHA	06/04/2018			
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		
		6	4	2018		30	4	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:	$1.613.395
VALOR EJECUTADO	$1.613.395
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8478311583	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tani Ortiz.
TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

BOGOTA, D.C. ABRIL 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 ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 4011-2018 acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 25 **DIAS**

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
K28	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,

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

Scanned by CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-03-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA										
No. DE CONTRATO:	4011-2018	Periodo certificado desde el	Sede: SUR								
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TANIA ZULEIMA ORTIZ JIMENEZ		6	4	18		30	4	18		
			C. C.		1.127.073.283		DE	VILLAGARZON			

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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 parametros 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 Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se realizan las actividades programadas de forma oportuna y con calidad teniendo en cuenta los parametros establecidos por SDS y la SUB RED	Formatos de registro caracterizacion de UTI Formato asesoria uno de UTI Formato de caracterizacion NNAT
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.	SI	Se da cumplimiento a la actividades establecidas en el contrato para el espacio trabajo, en las que se realiza caracterizacion de 24 UTI de alto impacto y 36 UTI medias, 21 caracterizaciones NNT, 11 caracterizaciones Adolescentes trabajadores	Formatos de registro caracterizacion de UTI Formato asesoria uno de UTI Formato de caracterizacion NNAT
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	NO	no se programa para el mes	No aplica
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	SI	seguimiento a trabajadores y nnat canalizados	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Realizar seguimiento y abordaje a los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de inetes en salud publica	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en los relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud.	NO	no se presentan eventos de interes a notificar	No aplica
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Informacion a trabajadores y familias sobre sus derechos y deberes en salud	Informacion registrada en el formato registro de asesoria respectivamente
Participar activamente en las jornadas de salud pública	NO	No se programa para el mes	No aplica
seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	NO	No se identifican casos en el mes	No aplica
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de formatos solicitados por el espacio	Entrega de soportes de UTI y NNAT
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio..	SI	Arreglo de formatos de acuerdo a solicitud del espacio	Entrega de soportes de UTI y NNAT
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos .	SI	Entrega de informes solicitados en fechas establecidas	Tablero de indicadores e informacion so
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Presentacion de soportes	Soportes de acciones establecidas
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Asistencia a reuniones programadas por el espacio	Acta y listado de asistencia
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.	NO	No se presenta	No aplica
Velar y responder por los recursos y adecuado funciponamiento de los equipos documentos y bienes muebles	SI	Uso adecuado de insumos y herramientas	No aplica
Pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes	SI	Pago de seguridad social de forma pertinente	Planilla de pago seguridad social

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/cte

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Tania Ortiz Jimenez

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.

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas

Scanned by CamScanner

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
2018-04	2018-04	1000003327	8478113583	I	2018/04/19	2018/04/09	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

2018/04/09 06:24 AM

Scanned by CamScanner

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
2018-04	2018-04	1000003327	8478113583	I	2018/04/19	2018/04/09	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO

Scanned by CamScanner