6461.

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. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	59314246						
CORREO ELECTRONICO:	carolinalarranagac@gmail.com				CELULAR:	3014433636						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F009											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO TRABAJO				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	70%	K23	8%	K14	2%	K18	20%				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62492085265								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0603 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 2		
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA	31/01/2018	8275	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERÍA 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, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtual al contrato de interadministrativo No. 077-2017 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:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA %	$0						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades,licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que se repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar a los soportes).

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$3.070.655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8475450236 8476273313	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Carolina Larrañaga C
DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE
CC. N° 59314246 PASTO

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No SO- 0603 de 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: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS

TOTAL: $ 3.070.655

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 62492085265
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	70%	$ 2.149.700
K23	8%	$ 245.680
K13	0%	$ -
K14	2%	$ 61.420
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	20%	$ 613.855
K19	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.655
	100%	$ 3.070.655

	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,
Diana Carolina Larranaga C
DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE
CC. N° 59314246 PASTO carolinalarranagac@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3014433636

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ESPACIO TRABAJO					**Sede: SUR**			
No. DE CONTRATO: SO- 0603 de 2018		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE		**C. C.**		59.314.246	**DE**		PASTO	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL EN ENFERMERÍA 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, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtual al contrato de interadministrativo No. 077-2017 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
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	Realizar asesoria a UTIS de alto impacto y adolescente trabajador de las localidades: KENNEDY, FONTIBON	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS subred suroccidente.	SI	Asesorías a UTIS de alto impacto y asesoría adolescente trabajador.	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	En las intervenciones ejecutadas, se educa sobre los derechos y deberes en salud que debe conocer la población	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza la entrega de soportes cuando son requeridos por el lider del espacio	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Se realiza ajustes cuando es requerido por el lider	Ajustes realizado cuando es requerido por el lider
Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social en salud durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los primeros 15 días calendario de cada mes	SI	Se realiza pago mensual de los aportes correspondientes dento de los primeros 15 días	Soporte de pago de aportes en salud y pensión
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	Se da cumplimiento a los lineamientos establecidos según lo establecido desde la secretaria distrital de salud	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS
Aplicar las politicas de calidad de la institución y participar activamente en los procesis de acreditación y sistema integrado de gestión	SI	Se aplican las politicas de calidad de la institución	Formatos #53 de asesoría a adolescente trabajador. Formatos #36 de asesoría a UTIS

OBSERVACIONES: SE ADJUNTAN (4) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($3,070,655)

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Diana Carolina Larrañaga C 59.314.246

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Edw R

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 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

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	73235715	8475450236	I	2018/02/12	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$346,500

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)						**$1,120,000**	**$179,200**			**$1,120,000**	**$140,000**			**$0**	**$0**			**$1,120,000**	**$27,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
1	CC	59314246	LARRAÑAGA DIANA	230301	30	$1,120,000	$179,200	EPS016	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0	14-28	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$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 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

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	73235715	8475450236	I	2018/02/12	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$346,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$0	$0	$179,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$179,200	$0	$0	$179,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$0	$0	$27,300
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$27,300	$0	$0	$27,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$0	$0	$140,000
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$140,000	$0	$0	$140,000
TOTAL				**1**	**$346,500**	**$0**	**$0**	**$346,500**

PAGADO

aportes en línea

Resumen neral de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

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	78447597	8476273313	N	2018/02/12	2018/02/19	BANCO DE OCCIDENTE	7	$34,000

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)						**$108,262**	**$17,400**			**$108,262**	**$13,600**			**$0**	**$0**			**$108,262**	**$2,700**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$108,262**	**$17,400**			**$108,262**	**$13,600**			**$0**	**$0**			**$108,262**	**$2,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$108,262**	**$17,400**			**$108,262**	**$13,600**			**$0**	**$0**			**$108,262**	**$2,700**		**$0**	**$0**
1	CC	59314246	LARRAÑAGA DIANA	230301	30	($1,120,000)	($179,200)	EPS016	30	($1,120,000)	($140,000)		0	$0	$0	14-28	30	($1,120,000)	($27,300)	0	$0	$0
2	CC	59314246	LARRAÑAGA DIANA	230301	30	$1,228,262	$196,600	EPS016	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$108,262**	**$17,400**			**$108,262**	**$13,600**			**$0**	**$0**			**$108,262**	**$2,700**		**$0**	**$0**

PAGADO

aportes en línea

Resumen neral de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59314246		LARRAÑAGA CALVACHE DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 38 13-126	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4573661	No

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	78447597	8476273313	N	2018/02/12	2018/02/19	BANCO DE OCCIDENTE	7	$34,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,400	$100	$0	$17,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$17,400	$100	$0	$17,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,700	$100	$0	$2,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$2,700	$100	$0	$2,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$100	$0	$13,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$13,600	$100	$0	$13,700
TOTAL				**1**	**$33,700**	**$300**	**$0**	**$34,000**

PAGADO