2/2

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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUS STELLA ANGEL GUITIERREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51721057							
CORREO ELECTRONICO:	luzstellaangel100@gmail.com				CELULAR:	3138379453							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON-F009												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K14	70%	K19	30%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71448552548									PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3697-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8456	FECHA	30/03/2018			
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:	$1.613.395									
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:	$1.774.734
VALOR EJECUTADO	$1.774.734
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
8477093131	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

Yasmith Pirazan Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Stella Angel Gutierrez

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Mars 23/18

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 1 DE 2

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

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
CC. N° 51721057 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 3697-2018de 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 SEISIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL**
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 No 71448552548
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	70%	$ 1.129.377
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	30%	$ 484.019
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.613.395

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

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
CC. N° 51721057 Bogota luzstellaangel100@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3138379453

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	Salud publica					Sede: fontibon F 009			
No. DE CONTRATO: 3697 - 2018		Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	3	2.018		30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ		C. C.	51.721.057		DE	BOGOTA		

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por las SDS / ESE.	si	se realizan 80% monitoreos a nivel de salud oral en colegios de la localidad de puente aranda y fontibon , se diligencia formatos de salud oral por curso los cuales van debidamente firmados por los docentes	formato de salud oral , ficha tecnica
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	no	no hubo identificacion de escenarios	ninguno
realizar entrega oportuna y con calidad los informes requeridos	si	para este mes se presenta informe requerido por odontologo y profesional de apoyo	listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo alas canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociles para articular el PIC y POS	si	Se realiza visita previa en compañía de la profesional donde hace presentacion y se programa fecha para monitoreo.	formato de canalizacion
realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	si	se realizaron los ajustes necesarios a los soportes requeridos por la referente	fichas tecnicas, formato de salud oral por curso y colegio
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y partaicipacion social con el fin de fortalecer la gestion.	si	Se enncuentra en proceso	ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	si	No hubo eventos pàra notificar ya que no se presentaron	ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	si	durente este mes se alistaron soporte para preauditoria del espacio de educacion	listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar entrega de sopórtes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a corde a las pre au ditorias del referente del espacio asignado	si	se hizo entrega de todos los soportes requeridos por la profesional de apoyo y referente del espacio	formatos de salud oral por curso firmados y debidamente diligenciados, ficha tecnica
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconcistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconcistencia en soportes, entre otras).	si	De presentarse se asumira	ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los documento entregados para la ejecucion de las acividades propias del objeto del presente contrato	si	Se hace uso adecuado de los recursos de acuerdo al compnnete trabajado.	ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras) 1.774.734 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL STECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M / CTE

Luz Stella Angel Gutierrez

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52.721.057 BTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yasmith Pinzon P

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 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	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	77093131	8477093131	I	2018/03/14	2018/03/08	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

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)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
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: BOGOTA Depto: BOGOTA 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	51721057	ANGEL LUZ		230301	30	$781,242	$125,000	EPS005	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

PAGADO