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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		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:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	FONTIBON-F009							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FONTIBON												
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K29	100%											
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			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	19002	FECHA	28/03/2018			
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	4	2018		30	4	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:	$3.388.129
VALOR EJECUTADO	$3.388.129
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
8477941720	$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,

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

luzstellaangel G

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

BOGOTA, D.C. ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO **3 DE 3**

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 ABRIL 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
K29	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
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

Scanned with CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	
		Fecha de aprobación	9/04/2017	
		Código	04-02-PO-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	4	2 018		30	4	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 ____ NO 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	lectura y apropiacion de lineamientos del area de salud oral, asistencia a reuniones del espacio para acordar lo que se realizara en esta vigencia	actas firmadas de las diferentes actividades
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 socile 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 pára 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) 1.613,295 PESOS M / CTE UN MILLON SEISIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
8-04	2018-04	77941720	8477941720	I	2018/04/13	2018/04/06	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
o.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
ursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
ntro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
dad: 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
tal	Afiliados(1)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

PAGADO

Scanned with CamScanner