BOGOTA, D.C. **Marzo** **2018**

CUENTA DE COBRO 2

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

MARY ZULY CORTES BELTRAN
CC. N° **1,024,516,597** **de BOGOTA**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0262-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: **0** 30

TOTAL COBRO: **UN MILLOS DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTE**
TOTAL: $ 1,232,426

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 **473900087015**
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	4%	$ 49,297
K12	41%	$ 505,294
K23	8%	$ 98,594
K13	24%	$ 295,782
K14	17%	$ 209,512
K16	6%	$ 73,945
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
K09	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 1,232,426**

	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 DEL DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONÓMICA POR CUENTA Y RIESGO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000)		X

CORDIALMENTE,

Mary Zuly Cortes B.

MARY ZULY CORTES BELTRAN
cc # **1024516597** MARYZ.CORTES@GMAIL.COM

TELEFONO CELULAR No. **3212048533**

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	4/3/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA-VIVIENDA							**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	0262-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**				
			1	3	2,018		30	3	2,018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARY ZULY CORTES BELTRAN**		**C. C.**	**1,024,516,597**			**DE**	BOGOTA					

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 DIGITADOR(A) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X_ **NO** _____ **Servicios: SI** ____ **NO** _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares	**SI**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	De acuerdo a un cronograma establecido por parte de un grupo de jefes de enfermeria de salud publica se verifica datos por medio del aplicativo de salud urbana y via telefonica.
Digitación permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético	**NO**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	
Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	**SI**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	Llevando constancia de formatos (efectivas,fallidas) a bases como Ecxel y Aplicativo de salud urbana.
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	**SI**	Asistencias tecnicas desarrolladas por el cordinador de equipo	Acatar y ejecutar ordenes establecidas por parte de nuestro tecnico y coordinador.
Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos(calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de politicas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la informacion registrada en el aplicativo	**SI**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	Se revisa y valida los datos de los usuarios por medio del comprobador de derechos Secretaria Distrital de Salud y una base en Excel la cual tiene acceso el tecnico.
Suministar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega	**NO**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud	**SI**	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo	Asistir a capacitaciones e inducciones brindadas por la RED SUR OCCIDENTE.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.232.426,oo) UN MILLOS DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTE Y SEIS M/Cte

Mary Zuly Cortes B.

MARY ZULY CORTES BELTRAN

1024516597

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

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	11/9/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARY ZULY CORTES BELTRAN**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	**1,024,516,597**							
CORREO ELECTRONICO:	MARYZ.CORTES@GMAIL.COM				CELULAR:	**3202048533**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	BOSA PA 21												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	**Bosa**							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K10	4%	K12	41%	K23	8%	K13	24%	K14	17%	K16	6%	
ENTIDAD FINANCIERA:	**DAVIVIENDA**				TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**473900087015**								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	**0262-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**PAGO 2 DE 2**		
NUMERO DE CDP	32	FECHA	1/12/2018	**NUMERO DE CRP**	8976	**FECHA**	1/31/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR, 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.								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,232,426								
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:	$2.464.852
VALOR EJECUTADO	$2.464.852
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,232,426
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 $**1.953105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DECOTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011405047	$781,242.00	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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

Mary Zuly Cortes B.

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ	**MARY ZULY CORTES BELTRAN**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**