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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

6896

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ALEXANDRA ARIZA PEÑA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 53894803 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | aarizapunal@gmail.com | | | | CELULAR: | 3134444772 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SU 40 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | PAPS 11 | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K 10 | 10% | K12 | 21% | K23 | 15% | K13 | 20% | K14 | 14% | K16 | 20% |
| ENTIDAD FINANCIERA: | Bancolombia | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62428796115 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0637-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 1 DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | | 8309 | FECHA | 31/01/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicos profesionales 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 | 2 | 2018 | | 28 | 2 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.070.655 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES:

| 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 | $3.070.655 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8476089884 | $1,228,000 | $153.500 | $196.500 | 3 | $30.000 | **$380.000** |

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

**ANGELA FORERO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**ALEXANDRA ARIZA PEÑA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

E/NCI 20.02.18

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**

**ALEXANDRA ARIZA PEÑA**
**CC. N° 53894803 soacha**

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0637-2018 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 PESOS M/CTE**

**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 62428796115
DEL BANCO: Bancolombia

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 10% | $ 307.065 |
| K12 | 21% | $ 644.839 |
| K23 | 15% | $ 460.598 |
| K13 | 20% | $ 614.131 |
| K14 | 14% | $ 429.891 |
| K16 | 20% | $ 614.131 |
| TOTAL | 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,

***ALEXANDRA ARIZA PEÑA***
CC. N° 53894803 soacha
TELEFONO CELULAR No. 3134444772

aarizapunal@gmail.com

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 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código: | 4-02-FO-000 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC | | | **Sede: PAPS 11 - SU40** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0637-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 2 | 2018 | 28 | 2 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ALEXANDRA ARIZA PEÑA | | **C. C.** | 53.894.803 | | DE | soacha | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicos profesionales 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 |
|---|---|---|---|
| Especificos 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 | Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio vivienda para la acción Cuidado para la Salud Familiar en el componente 3 HCB | formato de caracterizacion social y ambiental, actas de implementación.<br>Formato plan de acción cronograma<br>Listado de reunión de equipo mensual |
| 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 | 15 caracterizaciones de HCB en la localidad de Bosa | Formatos de caraterizacion social y ambiental, fichas tecnicas, actas de ejecución y listados de asistencia. |
| Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | SI | Se realiza seguimiento a 210 niños menores de 5 años pertenecientes a HCB en la localidda de Bosa | Actas de ejecucion y listados de asistencia |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | SI | Se realiza entrega y revision donde se entregan soportes correspondientes al mes de Febrero. | Acta de entrega |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | SI | Se realizaron ajustes correpondientes de acuerdo a solicitudes realizadas por la referente y profesional de apoyo | Soportes con correcciones correspondientes de fichas tecnicas y unidaddes de analisis. |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . | SI | Se realiza entrega de informes de proceso de HCB | Se envían al correo electrónico institucional |
| 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. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada | Formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<br>Formato plan de acción cronograma<br>Listado de reunión de equipo mensual |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Reunión con profesional de apoyo el día 8, 9, 16, 23 de Febrero | Actas y listados de asistencia |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ALEXANDRA ARIZA PEÑA 53894003

supervisor Fecha y hora de entrega recibido

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 53894803 | | ARIZA PEÑA ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 54 NO. 77T-64 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527559 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 201802 | 2018-02 | 76089884 | 8476089884 | 1 | 2018/02/02 | 2018/02/14 | BANCO AV VILLAS | 12 | $383,800 |

**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)** | | | | | $1,228,000 | $196,500 | | | $1,228,000 | $153,500 | | | $0 | $0 | | | $1,228,000 | $30,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,228,000 | $196,500 | | | $1,228,000 | $153,500 | | | $0 | $0 | | | $1,228,000 | $30,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,228,000 | $196,500 | | | $1,228,000 | $153,500 | | | $0 | $0 | | | $1,228,000 | $30,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 53894803 | ARIZA ALEXANDRA | 230301 | 30 | $1,228,000 | $196,500 | EPS017 | 30 | $1,228,000 | $153,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-28 | 30 | $1,228,000 | $30,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,228,000 | $196,500 | | | $1,228,000 | $153,500 | | | $0 | $0 | | | $1,228,000 | $30,000 | | $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 53894803 | | ARIZA PEÑA ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 54 NO. 77T-64 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527559 | 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 | 76089884 | 8476089884 | I | 2018/02/02 | 2018/02/14 | BANCO AV VILLAS | 12 | $383,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $196,500 | $2,000 | $0 | $198,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $196,500 | $2,000 | $0 | $198,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $30,000 | $300 | $0 | $30,300 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | $30,000 | $300 | $0 | $30,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $153,500 | $1,500 | $0 | $155,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $153,500 | $1,500 | $0 | $155,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $380,000 | $3,800 | $0 | $383,800 |

PAGADO