6-38-7687

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	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

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	%	
	K10	0%	K12	21%	K23	15%	K 13	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 2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		8309	FECHA	31/01/2018		
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 fisioterapeuta de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		30	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							

OBSERVACIONES: K 07 0%, K18 0%, K 19 10%, K09 0%

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$6.141.310
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8477305929	$1,228,600	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de Marzo 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

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

ALEXANDRA ARIZA PEÑA
CC. N° 53894803 soacha

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Marzo 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/C**

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	0%	-
K12	21%	$ 644.838
K23	15%	$ 460.598
K13	20%	$ 614.131
K14	14%	$ 429.892
K16	20%	$ 614.131
K07	0%	-
K18	0%	-
K19	10%	$ 307.065
K09	0%	-
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 Distrital 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: ######## Código: 02-FO-00	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC			**Sede: PAPS 11**					
No. DE CONTRATO:	0637-2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	3	2018	30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALEXANDRA ARIZA PEÑA			**C. C.**	53.894.803		DE	soacha	

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 fisioterapeuta 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
Específicos 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. Formato plan de acción cronograma 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	18 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 veeduría 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 252 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 Marzo	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 actas de reunión de analisis matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma 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 los dias 8, 17, 22 de Marzo	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

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.

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
2018-03	2018-03	77305929	8477305929	I	2018/03/02	2018/03/14	BANCO AV VILLAS	12	$383,900

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)							$1,228,600	$196,600			$1,228,600	$153,600			$0	$0			$1,228,600	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,228,600	$196,600			$1,228,600	$153,600			$0	$0			$1,228,600	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,228,600	$196,600			$1,228,600	$153,600			$0	$0			$1,228,600	$30,000		$0	$0
1	CC	53894803	ARIZA ALEXANDRA		230301	30	$1,228,600	$196,600	EPS017	30	$1,228,600	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,600	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,228,600	$196,600			$1,228,600	$153,600			$0	$0			$1,228,600	$30,000		$0	$0

PAGADO

2018/03/14 12:51 PM