CAJA

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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA CRISTINA RAMOS DAZA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.013.635.470						
CORREO ELECTRONICO:	paudaza12@gmail.com				CELULAR:	3108834625						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Kennedy SU54											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA ESPACIO VIVIENDA				SEDE:	Britalia						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	36	K23	15	K13	15	K15	12	K16	15	K19	7
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24079057666								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0616-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8288	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:	$1.637.683							
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:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$1.637.683
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.637.683
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.503.627
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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 DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8476156598	$1.228.000,00	$153.500	$196.480	3	$30.000	$379.980

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

ANGELA MARIA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola Ramos Daza

PAOLA CRISTINA RAMOS DAZA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA			Sede: BRITALIA						
No. DE CONTRATO:	0616-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2018		28	2	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA CRISTINA RAMOS		C. C.	1.013.635.470		DE	BOGOTA		

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
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	7 planes familiares formulados 20 planes familiares implementados Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion 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. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	No se realizan para este mes	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Activaciones de ruts realizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	No se realizan notificaciones de eventos de interes en salud publica	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. 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	14 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	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	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo programadion equipo de discapcidad, reunn territorios 20 de Febrero del 2018, participacion en conversatorios semanales de calidad	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 1'637,683 UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MILSEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

Paola Ramos Daza

PAOLA CRISTINA RAMOS C C 1013635470

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

BOGOTA FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

PAOLA CRISTINA RAMOS DAZA
CC. N° 1013635470 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0616-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 16 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON SEICIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEICIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS
TOTAL COBRO: 1.637.683

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 24079057666
DEL BANCO: **CAJA SOCIAL**

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	
K12	37%	$ 589.566
K23	16%	$ 262.029
K13	15%	$ 245.652
K15	12%	$ 196.522
K16	15%	$ 245.652
K07	0%	
K18	0%	
K19	5%	$ 81.884
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.637.683

	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,

Paola Ramos Daza

PAOLA CRISTINA RAMOS DAZA
CC. N° 1013635470 Bogota
email: paudaza12@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3108834625

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 1013635470		RAMOS DAZA PAOLA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 2 D # 48T-16 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7711551	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	75340597	8476156598	I	2018/02/16	2018/02/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,000

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	1013635470	RAMOS PAOLA	231001	30	$1,228,000	$196,500	EPS023	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

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 1013635470		RAMOS DAZA PAOLA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 2 D # 48T-16 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7711551	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	75340597	8476156598	I	2018/02/16	2018/02/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$0	$0	$196,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$196,500	$0	$0	$196,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$0	$0	$153,500
CRUZ BLANCA	EPS023	830,009,783	0	1	$153,500	$0	$0	$153,500
TOTAL				**1**	**$380,000**	**$0**	**$0**	**$380,000**

PAGADO