

6-38-7 655

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	1	
			Fecha de aprobación	09/11/2018	
			Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			NYDIA MARTINEZ MENDEZ								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			51740867		
CORREO ELECTRONICO:			nydia.m@hotmail.com			CELULAR:			3123388913		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						F007					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC			SEDE:			FONTIBON		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K10	2%	K12	41%	K23	10%	K13	24%	K14	17%
										K16	6%
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			2770050132						PENSIONADO NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			3430-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2		
NÚMERO DE CDP		32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11716	FECHA	03/02/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:			prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería, dentro de los servicios de salud sur occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución. En concordancia con el contrato interadministrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo 2017 entre el fondo financiero distrital de salud -secretaría distrital de salud y la E.S.E								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
				1	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1.613.395								
TIPO DE SERVICIOS			PIC			RESERVA DE GLOSA 2%			\$0		

OBSERVACIONES:

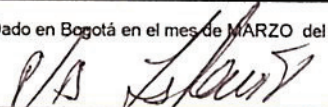
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.226.790
VALOR EJECUTADO	\$2.760.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.452.097
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$466.104
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

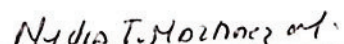
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

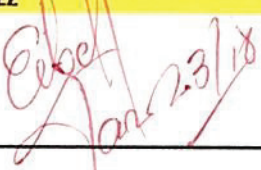
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
185668994	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

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


ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA


 Eibel
 23/18

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

CC. N° 51.740.867 BOGOTÁ D.C

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios 3430-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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

TOTAL COBRO: UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVENTA Y SIETE PESOS
TOTAL: \$1452097

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente

2770050132

DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	2%	\$ 32.268
K12	41%	\$ 667.697
K23	10%	\$ 156.375
K13	24%	\$ 387.215
K14	17%	\$ 273.036
K16	6%	\$ 96.804
TOTAL	100%	\$ 1.452.097

	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,

Nydia T. Martinez Mendez
Nydia T. Martínez Mendez

CC. N° 51.740.867 BOGOTÁ D.C
3123388913

nydiatm@hotmail.com

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC - ESPACIO VIVIENDA	Sede:	FONTIBON														
No. DE CONTRATO:	3430-2018	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>2018</td> <td></td> <td>30</td> <td>3</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	3	2018		30	3	2018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1	3	2018		30	3	2018											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ	C. C.	51.740.867 DE BOGOTÁ														

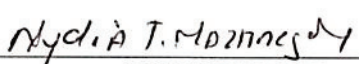
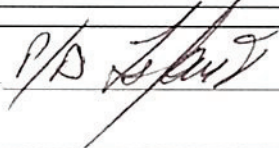
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ 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	114 planes familiares formulados 114 planes familiares implementados Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e 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. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	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	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de análisis 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	numero de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	Formato de notificación 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	Numero familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis 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 preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías 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 caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas (JORNADA DE ROMA DE LOCALIDAD BOSA	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVENTA Y SIETE PESOS (\$1452097)

 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Fecha:  Fecha: día/mes/año Firma de recibido supervisor
---	--

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 51740867
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 66A 57T-48SUR ED 9 AP 303	TELÉFONO: 2899989
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	185668994	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: MES: marzo
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1615590500

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 125.000
SUBTOTAL:			1	\$ 125.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 97.700
SUBTOTAL:			1	\$ 97.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	\$ 19.100
SUBTOTAL:			1	\$ 19.100

TOTAL PAGADO:	\$ 241.800
----------------------	-------------------