6545

| 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 | 09/11/2018 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN MILENA ROA TELLO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1,018,454,957 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | karenmilena.roatello@gmail.com | | | | CELULAR: | 3142041050 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | BRITALIA SU54 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | BRITALIA | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K10 | 0% | K12 | 37% | K23 | 16% | K13 | 15% | K14 | 12% | K16 | 15% |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 060082641 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0754-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 1 DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | | 8426 | 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 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: K07(0%) K18(0%) K19(5%)K09(0%)

| 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 | $0 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25484278 | $1.228.000,00 | $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 MARIA FORERO RODRIGUEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**KAREN MILENA ROA TELLO CC 1 018 454 957**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Jennifer

**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**

**KAREN MILENA ROA TELLO**
**CC. N°** **1018454957** **Bogotá**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0754-2018 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 SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS**
**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 060082641
DEL BANCO: BANCO DE BOGOTA

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 0% | $ - |
| K12 | 37% | $ 1.136.142 |
| K23 | 16% | $ 491.305 |
| K13 | 15% | $ 460.598 |
| K14 | 12% | $ 368.479 |
| K16 | 15% | $ 460.598 |
| K07 | 0% | $ - |
| K18 | 0% | $ - |
| K19 | 5% | $ 153.533 |
| 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,**

Karen Roa Tello

***KAREN MILENA ROA TELLO***
**CC. N°1018454957 Bogotá** email: karenmilena.roatello@gmail.com
**TELEFONO CELULAR No 3142041050**

| | 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: BRITALIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0754-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 2 | 2018 | | 28 | 2 | 2018 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN MILENA ROA TELLO | | C. C. | | 1.018.454.957 | | 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 |
|---|---|---|---|
| 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 Secretaria Distrital de Salud. | SI | 17 planes familiares formulados<br>17 planes familiares implementados<br>Reuniones de equipo | cartas de compromiso<br>formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis y cartografia<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<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. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque | SI | De acuerdo a las necesidades de la familia realiza activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años | Formato de notificación comunitaria o interés en salud pública |
| 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 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 | Se realiza notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional | Formato de notificación comunitaria o interés 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 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 | 17 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<br>formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis y cartografia<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<br>Formato plan de acción cronograma<br>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 indole 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<br>formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis y cartografia<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<br>Formato plan de acción cronograma<br>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 | Listados de asistencia |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR $3,070,655. Tres millones setenta mil seicientos cincuenta y cinco pesos**

Karen Roa Tello

KAREN MILENA ROA TELLO CC: 1018454957 Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

supervisor: Fecha de suscripción del informe

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

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **KAREN MILENA ROA TELLO**, identificada con **CC** número **1018454957**, aportó por el empleado **KAREN MILENA ROA TELLO** identificado(a) con **CC** número **1018454957** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 02 - 2018 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 59 | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $1,228,000 | 0.02436 | $30,000 | $0 | $0 | Febrero - 2018 | 25484278 | 08/02/2018 | No |
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $1,228,000 | 0.12500 | $153,500 | $0 | $0 | Febrero - 2018 | 25484278 | 08/02/2018 | No |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 59 | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $1,228,000 | 0.16000 | $196,500 | $0 | $0 | Febrero - 2018 | 25484278 | 08/02/2018 | No |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 15 días del mes February de 2018

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec
Certificado Nº SI 006-1