6338-7953

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: 9/11/2016 Código: 15-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52218124						
CORREO ELECTRONICO:	cata2706@gmail.com				CELULAR:	3003672420						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY- PA14											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SEDE ADM 1 BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K10	4	K12	41	K23	8	K13	24	K14	17	K16	6
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20585826678								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0058-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8778	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	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$4.605.983
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.535.327
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
8326378385	$1.228.262,00	$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,

P/A

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Catherinne S

LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Febrero 23/18

BOGOTA MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

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

LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO
CC. N° 52218124 Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0058 de 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 CINCUENTAY 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 20585826678
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	4%	$ 122.826
K12	41%	$ 1.258.969
K23	8%	$ 245.652
K13	24%	$ 736.957
K14	17%	$ 522.011
K16	6%	$ 184.239
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
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
DECLARO 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,

LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO
CC. N° 52218124 Bogotá email: cata2706@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3003672420

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	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC Espacio Vivienda Gestion del Riesgo					**Sede: Kennedy**				
No. DE CONTRATO:	0058-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	3	18		30	3	18	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO		**C. C.**		52.218.124	**DE**	Bogotá			

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
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-Sudred sur Occidente.	SI	Asignacion de citas a usuarios identificados en gestion del riesgo	Informes y reportes
Realizar canalización a los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna deacuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector Salud.	SI	Se realiza reporte y activación de rutas, de casos priorizados por técnicos	Actas, informes reportes
Facilitar los procesos de Veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	NO	No realiza en el mes de marzo proceso de veeduria	No aplica
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido deacuerdo a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	se realiza revisión y ajustes de calidad acuerdo a los requerimientos de la SDS	Actas- formatos con calidad del dato , pertinencia y oportunidad
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se realiza el registro de citas y se remite al area de digitación y se vela por la custodia de estos	Informes y reportes
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sud Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se asisten a reuniones programadas por la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E y por la SDS	Actas , listados de asistencia
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requerido.	SI	Se realiza los informes y reportes requeridos con calidad y oportunidad	Envio de correos de los informes requeridos, informes, actas
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se realiza cumplimiento del manual tecnico administrativo de PAI 2015	Manual tecnico admnistrativo
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma auditora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica
Pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince primeros días calendarios de cada mes.	SI	Se realiza el pago respectivo de salud, pension y ARL del mes de marzo se presenta el certificado de pago	Planilla de pago del mes de marzo
Dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SI	Se da cumplimiento al lineamiento de espacio vivienda Gestion del riesgo	Acta
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Para el mes de Marzo se entrega todos los soportes con calidad esperada para alistamiento de auditoria	Acta de entrega gestion del riesgo formatos jornada de busqueda de Susceptibles triple viral - PAI
Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades publicas o privadas: dentro de los terminos de ley garantizando la veracidad de los mismos.	SI	Se envia informacion solicitada según la necesidad y se generan informes requeridos	Envio de correos de los informes requeridos, informes, actas
Aplicar las politicas de calidad de la institución y participar activamente en los procesos de acreditación y Sistema Integrado de Gestión.	SI	Inducción Institucional para la contribucion de procesos de acreditacion de la institución	Cumplimiento de las actividades
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente contrato, deacuerdo al codigo del Buen Gobierno y etica institucional y/o profesional.	SI	Se ejecuto las acciones de acuerdo al codigo de buen gobierno	Cumplimiento de las actividades
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico.	SI	Se da cumplimiento a las activiades del mes de Marzo según el contrato	Soportes de actividades, acta, listados
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Se verifica la educacion que se brinda al usuario durante los procedimientos	Se brinda educacion al grupo extramural y a la comunidad sobre promocion y prevencion de vacunacion
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, Institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sud Red Sur Occidente o las comtenpladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	Participacion en la jornada de busqueda de susceptibles Triple viral- Se diligencia de manera clara y oportuna los formatos asignados como SIS 150 SIS 151 censo de vivienda , con la calidad esperada	se verifica el buen diligenciamiento de los formatos de extramural para la buena calidad del dato

OBSERVACIONES: Se da cumplimiento a las actividades programadas

TOTAL A PAGAR : $ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO Pesos M/CTE

LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO CC 52.218.124

supervisor Fecha, nombre y Firma de recibido

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

Señor(a): LINDA CATHERINNE SALAZAR CASTRO
No. Identificación: CC 52218124
Dirección: KRA 99 12 A 61
Teléfono: 3003672420 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8326378385

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	linda catherinne salazar castro
Tipo y Número de Identificación	CC 52218124
Número Planilla	8326378385
Fecha de Pago	3/21/2018
Número de Autorización de Pago	26378385
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$409.500
Total Interes Mora	$4.700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.400	1
230301	Porvenir	$198.800	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	$24.900	1
EPS008	Compensar EPS	$155.400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52218124
APELLIDOS Y NOMBRES SALAZAR CASTRO LINDA CATHERINNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.228.262	1.228.262	1.228.262	1.228.262	153.600	196.600	30.000	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información