6357.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANA MILENA PARRA ALFONSO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1026567430 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | mile1825@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3133200940 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | F009 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K19 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 28191523557 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | SO-0097 - 2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 1 DE 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | | 8817 | 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: (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 | $3.070.655 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.070.655 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1011199505 | $1.228.262,00 | $153.600 | $196.600 | 3 | $30.000 | **$380.200** |

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Milena Parra
ANA MILENA PARRA ALFONSO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

## CUENTA DE COBRO 1

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

ANA MILENA PARRA ALFONSO
**CC. N°** 1026567430 Bogota

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No SO-0097 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

$ 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 No 28191523557
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 0% | $ - |
| K12 | 0% | $ - |
| K23 | 0% | $ - |
| K13 | 0% | $ - |
| K14 | 0% | $ - |
| K16 | 0% | $ - |
| K07 | 0% | $ - |
| K18 | 0% | $ - |
| K19 | 100% | $ 3.070.655 |
| 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 ($44,603,000.00) | | X |

CORDIALMENTE, Ana Milena Parra

*ANA MILENA PARRA ALFONSO*
CC. N° 1026567430 Bogota mile1825@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3133200940

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 | 03/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | Vigilancia Salud pública | | | | | | **Sede:Fontibón** | | |
| **No. DE CONTRATO:** | SO-0097 - 2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 2 | 2.018 | | 30 | 2 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ANA MILENA PARRA ALFONSO | | **C. C.** | | 1.026.567.430 | | **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 |
|---|---|---|---|
| a. Aporte a la construcción del protocolo e instrumentos para el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de adolescentes gestantes. | NO | No programado para este mes. | No programado para este mes. |
| b. Realizar socialización del protocolo e instrumentos definidos en la estrategia. | SI | Socialización de la estrategia. | Actas y listados de asistencia |
| c. Realizar asesoria y asitencia técnica a las instituciones asignadas y actores definidos para la vigilancia. | SI | Visitas realizadas por la profesional a Red _Sur en el que se articula con referente SSR. | Actas y listados de asistencia |
| d. Seguimiento y verificación del reporte realizado por las instituciones asignadas. | NO | No programado para este mes. | No programado para este mes. |
| e.Realización de investigacion epidemilogica de campo a adolescentes gestantes prionzadas. | SI | IEC realizadas de la siguiente manera; 5 IEC realizadas en las lodalidades Suba, Kennedy y Bosa | Realización y aplicación de 5 formatos de IEC |
| f. Busqueda activa de casos reincidentes de embarazo en adolescentes | SI | Se realiza busqueda activa en las bases Distritales, censo de gestantes, base MME e información institucional con el fin | Tablero de control BAI y base de BAI |
| g. Participar en la prueba piloto para la validación de instrumentos | SI | Metodologia de las encuestas y grupos de discusion. | Avances en el documento metodológico |
| h. Elaborar informe mensual que de cuenta de las actividades realizadas | SI | Se realiza informe de caraterización trimestral al analisis de los grupos focales. IEC y unidades de analisis elaborados | Informe de caracterización |
| i. Articulacion con el PDA de SSR el grupo funcional materno Perinatal, analisis demografico y territorios saludables | SI | Apoyo a la gestión administrativa del grupo SSR, Apoyo para la elaboración de presentaciones que se proyectaran a espacio vivienda incluidas las metas del programa Distrital. | Apoyo administrativo al grupo de SSR en la elaboración de cronogramas, presentaciones y espacios de reuniones. |
| j Realizar el proceso de alistamiento para las auditorias internas y externas que realicen al respectivo proceso | NO | No programado para este mes. | No programado para este mes. |
| k. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud | NO | No programado para este mes. | No programado para este mes. |
| l. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del modelo de atención. | SI | Participar en los espacios programados por la sub red para esta actividad | Se programa reunión de articulación en proyectos con fecha a confirmar con coordinación. |
| m. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervencion | SI | Se realiza revisión y seguimiento a plan de acción programado según las acciones establecidas en lineamiento Distrital, así como elaboración del plan de acción | Revisión del plan de acción |
| n. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | SI | Realizar y cumplir el 100% de las actividades y productos establecidos en el lineamiento Distrital propuesto para el proyecto. | Soportes de las actividades realizadas, actas, listados de asistencia, informes, formatos de IEC y transcripcion de grupos focales. |
| o. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene. | SI | Diligenciamiento de instrumentos, (IEC, metodologia encuestas, transcripción de grupos focales ) revisión de Base de IEC del mes. | Formatos IEC<br>Transcripción grupos focales<br>Avances en metodologia de encuestas<br>Elaboración de informe de caracterización |
| p Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estartegia de redes de servicio de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | NO | No programado para este mes. | No programado para este mes. |
| q. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización | SI | Se realiza envio de consolidado de tablero de canalizaciones correspondiente a los casos identificados en el mes de febrero, solicitado por espacio vivienda, aseguramiento y a la sub red según corresponda. | Tablero de canalizaciónes<br>Informe de canalizacionbes<br>Matriz de seguimiento. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,070,655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS**

Ana Milena Parra C.C. 1026567420

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL Ana Milena Parra

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.

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2018-02-16, 01:25:31 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1011199505 **Referencia pago(PIN)** 8886982770

**Periodo Cotización** 201802 **Periodo Servicio** 201802

**Cliente:**

## PAGADA 2018-02-12

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANA MILENA PARRA ALFONSO | | | | |
| **Documento** | CC 1026567430 | **Dirección** | CLL 77 NO 89 A 23 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3136200940 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | PARRA ALFONSO ANA MILENA | **Identificación** | CC 1026567430 | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1026567430 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 03 | 00 | | | | | PARRA ALFONSO ANA MILENA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Apor ICB |
| | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.228.262 | 231001 | | 16 % | $ 1.228.262 | $ 196.600 | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | $ 1.228.262 | $ 153.600 | $ 0 | 14-28 | 3 | 2.436 % | $ 1.228.262 | $ 30.000 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS | ARP SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 196.600 | $ 0 | $ 0 | $ 153.600 | $ 30.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380.200 |