

6038-7045

 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 TESORERÍA		Versión	1	 CALDAS - SUR OCCIDENTE E.S.E.
			Fecha de aprobación	09/11/2018	
			Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		36.552.781				
CORREO ELECTRONICO:				gloria@hotmail.com				CELULAR:		3013173993			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								BOSA PA21					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		FO07			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		k10	2%	k12	41%	k23	10%	k13	24%	k11	17%	k10	0%
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				920776251.00						PENSIONADO		NO	

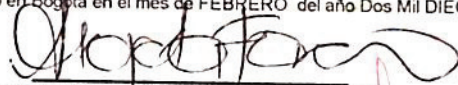
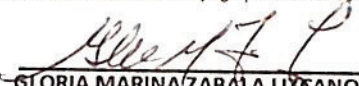
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0105-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3826		PAGO 1 DE 2	
NÚMERO DE CDP		52		FECHA		12/01/2018		NÚMERO DE CRP		8824	
				FECHA		31/01/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				prestar apoyo como auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de las SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No 0077-2017 suscrito al fondo financiero distrital de salud							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO	
						1		2		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								\$1,613,395			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,613,395			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$-1,613,395			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								50%			

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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
8325445938	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

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:						 GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Elaborado AS 23/11

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

GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO
CC. N° 36.552.781

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0107 - 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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

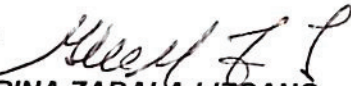
TOTAL COBRO: Un Millon Seiscientos Trece Mil Trecientos Noventa y Cinco
TOTAL: \$1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
9200776251-00
DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTA JE %	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
K07	0%	
K18	0%	
k19	0%	
K09	0%	
TOTAL	100%	\$ 1.613.395

	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,


GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO

CC 36552781
3013173993

gloriz_07@hotmail.com



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: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio: PIC - ESPACIO VIVIENDA Sede: FONTIBON

No. DE CONTRATO: 0107-2018 Periodo certificado desde el Día Mes Año a Día Mes Año

NOMBRE DEL CONTRATISTA: GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO C. C. 36.552.781 DE santa marta

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 ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROG RAMA DO	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	Actualización de datos de usuarios de Capital Salud y verificación de asistencia a programas de PYD.	Formatos, instrumento de identificación de necesidades de atención en acciones de protección específica detección temprana (PYD) e identificación de alertas en salud-espacio vivienda
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	Agendamiento de citas medicas a usuarios de capital salud	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	Se les indica a los usuarios la importancia de asignar y de asistir a cita para el evento o programa que tienen pendiente según base	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	numero de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el perfil a cargo. En esta parte no se presentan notificaciones este mes	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 presentan algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	Se intervienen individuos por el perfil de auxiliar de enfermería brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la importancia de asistir a programas de PYD	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 los usuarios intervenidos en el mes	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografía matriz de unidad de analisis 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 analisis y cartografía matriz de unidad de analisis e implementación Formato plan de acción cronograma
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 reunion de equipo y asistencias técnicas programadas (registrar la asistencia técnica en la que se participo) Por el momento no se han realizado asistencias técnicas	No hay soportes en este mes. Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR \$1.613.395 (un millón seiscientos trece mil trescientos noventa y cinco)

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA

CONTRATO

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO
No. Identificación: CC36552781
Dirección: TV 110A # 81- 40 INT 5 APT 102
Telefono: 3399639
Correo: GLORIZ_07@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325445938

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO
Tipo y número de identificación	CC36552781
Número de planilla	8325445938
Fecha pago	2018-02-14
Número de autorización pago	25445938
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 36552781
 APELLIDOS Y NOMBRES: GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0