6038-7095

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:	LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1072496106						
CORREO ELECTRONICO:	A.L567@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3202419366						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY-PA14											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				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	2%	k12	41%	k23	10%	k13	24%	k14	17%	k16	6%
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10042229275								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-0156- 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8875	FECHA	31/01/2018	
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 de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. SO-0860-2018 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395							
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:	$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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.844293**, 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
8476134097	$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 MARÍA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO
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

LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO

CC. N° **1072496106** SILVANIA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No SO-0156 - 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: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

TOTAL: $ 1.613.395

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 10042229275
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

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
k07	0%	
k18	0%	
k19	0%	
K09	0%	
K308	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 ($44603000)		X

CORDIALMENTE,

LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO
CC. N° 1072496106 SILVANIA A.L567@HOTMAIL.COM
TELEFONO CELULAR No. 3202419366

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC -SALUD PUBLICA			Sede: SUR						
No. DE CONTRATO:	SO-0156-2018		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	2	2.018		30	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO			C. C.		1.072.496.106	DE	SILVANIA		

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	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Apoyo administrativo en gestion del riesgo vivienda kennedy, sede administrativa 1 bosa	Listados, bases de datos, fomatos de visita, actas con calidad,
realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificacion de riesgo establecidos en plan de choque	SI	No aplica dicha actividad en este mes	No aplica dicha actividad en este mes
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 importancia de la asignacion de las citas y asistir a ellas, para el evento o programa que tiene pendiente según base de datos	Digitacion base de cronogramas de auxilires.
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social integral durante la ejecución del presente contranto sobre los montos legales establecidos y dentro de los quice (15) dias calendario de cada mes	SI	Pago oportuno de los aportes al Sistema Gebral de Seguridad Socail Integral durante el mes de **FEBRERO 2018**	copia de la la plinilla d epago del mes solicitado
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	No aplica dicha actividad en este mes	No aplica dicha actividad en este mes
Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema integrado de Gestión de la Sured Suroccidente relacionados con gestion ambiental, seguridad y salud del trabajo, gestion documental y archivo, Sitema Unico de acreditacion, Responsabilida Social, Seguridad de la informacion y Control interno, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas	SI	Fomentar el adecuado cumplimiento, de actividades de promocion y prevencion, cuidado, con la socializacion de medios preventivos en salud, y manejo de sintomas respiratorios, y cuidado de mascotas , uso del agua, y lavado de manos, cuidado del medio ambiente	Llamadas teléfonicas
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).	SI	No se han generado glosas en el proceso	No se han generado glosas en el proceso
participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Subred Sur Occidente ESE.	SI	Se realiza participacion en la Toma de Localidad- BOSA	Acta y listado de asistencia, seguimiento casa a casa, formato deteccion temprana, formato de manzanas.
Cumplir con las Politicas Gerenciales, Acuerdos institucionales, protocolos eticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	Cumplir con las directrices del reglamento interno que tenga relacion, con la accion integrada cuidado para la salud en familia, dirigidos a una poblacion especifica. Acorde al anexo operativo para la accion integrada 1, cuidado para la salud familiar.	Actas de entrega y recibido de productos etregados por los jefes, listados bases de datos, fomatos de visita
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que halla lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los organos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	SI	Elaborar las acciones correctivas que han sido implementadas, por los entes de control del proceso en relacion a las visitas de campo, a las familias con algun grado de vulnerabilidad, en relacion a los procesos, con la entidad capital salud y sus servicios ofertados	formatos de visita
Preparar, y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades publicas o privadas; dentro de los terminos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	SI	Apoyo administrativo a lider, entrega de papeleria a jefes, organización de AZ por meses, paps, seguimientos telefonicos base posparto,	organizar agenda para auxiliares de apoyo en paps, entrega de formatos para verificacion de telefonos.
Asitir y aprobar los procesos de actualizacion, precensiales y virtuales, programados por el CONTRANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	SI	asistencia reunion socializacion de lineamientos,y capacitacion, con relacion a las actividades, del proceso de gestion del riesgo, en el componente de cuidado para la salud familiar.	Organización de productos, actas, pretest y postest
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se prensenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	SI	Cumplimiento de las actividaes recomendadas, en base a la prevencion y promocion de la salud, ejecucion de visitas domiciliarias, a poblacion vulnerable, con relacion en los procesos de salud y su entidad afiiadora capital salud.	Apoyo administrativo, consolidacion de visitas de meses anteriores.
El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen intitucional. Cualquier actuacion o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E que comprometa el buen nombre la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de	SI	Aceptacion de la norma en cuanto al proceso.	realizan las actividades mediante conocimiento del proceso lo cual busca generar un ambiente laboral adecuado, actas de reunion informacion de los referentes
En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al caval cumplimiento técnico administrativo y financiero del negocio juridico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve	SI	No aplica según lineamientos, por perfil de auxiliar de enfermeria	No aplica
participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Subred Sur Occidente ESE.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas (registrar la asistencia tecnica en la que se participo) por el momento no se an programado	cumplimiento de metas presentadon los formatos de visitas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR 1,613,395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

CONTRATISTA LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072496106		PARRADO CASTILLO LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78 C bis N65J-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	73682813	8476134097	I	2018/02/02	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	10	$259,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,100	$0	$126,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000	$1,100	$0	$126,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$200	$0	$19,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$200	$0	$15,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,700	$200	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$800	$0	$98,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$800	$0	$98,500
TOTAL				**1**	**$257,500**	**$2,300**	**$0**	**$259,800**

PAGADO

2018/02/12 05:47 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072496106		PARRADO CASTILLO LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78 C bis N65J-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	73682813	8476134097	I	2018/02/02	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	10	$259,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	$125,000			**$781,242**	$97,700			**$781,242**	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	$125,000			**$781,242**	$97,700			**$781,242**	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC 1072496106	PARRADO LUZ	25-14	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total Afiliados(1)					**$781,242**	$125,000			**$781,242**	$97,700			**$781,242**	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

PAGADO

2018/02/12 05:47 PM