6878

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:	PAOLA CASTILLO HUESA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E		NO.	1020752052						
CORREO ELECTRONICO:	paolach09@gmail.com				CELULAR:	3125642522						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SU46							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SUR						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K10	3	K12	41	K23	9	K13	24	K14	17	K16	6
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20479980081								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-0036 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1 DE 1	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8756	FECHA	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sevicios profesionales y de apoyo a la gestion como PROFESIONAL EN ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion y al contrato inter administrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaria Distrital de Salud y la E.S.E.						

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:

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 **minimo** 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8476183102	$1.228.000,00	$153,500	$196,500	3	$30.000	**$380,500**

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:

PAOLA CASTILLO HUESA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

E/20
20.02.17

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1 DE 1

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

PAOLA CASTILLO HUESA
CC. N° 1020752052 BOGOTA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0036 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 28 **DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS 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 20479980081
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K402	3%	$ 108.792
K609	31%	$ 1.138.706
W509	15%	$ 484.093
K709	19%	$ 589.691
K809	4%	$ 145.619
K909	4%	$ 145.619
V709	13%	$ 311.110
K109	0%	$ -
V909	0%	$ -
K109	11%	$ 147.025
K308	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,

PAOLA CASTILLO HUESA
CC.No 1020752052 BOGOTA paolach09@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3125642522

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Version	2
		Fecha de aprobacion	03/04/2017
		Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC- SALUD PUBLICA							Sede: SUR			
No. DE CONTRATO:	SO-0036 DE 2018	**Periodo certificado desde el**	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año		
			1	2	2.018		28	2	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA CASTILLO HUESA		C. C.	1.020.752.052			DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relacion laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ENFERMERA 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 la SDS/ESE.	SI	Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades operativas del componente ertnas del espaicon de vivienda	Instrumento de monitoreo y evaluacion con actas de seguimientos a los grupos etnicos.
realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificacion de riesgo establecidos en plan de choque	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
realizar canalizacion de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con instituciones distintas al sector salud	SI	Se realiza activacion de ruta de dos casos identificados en la subred sur occidente y se direcciona de forma oportuna para su gestion	Formato de activacion de ruta diligenciado y enviado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
facilitar los procesos de veeduria y participacion social con el fin de fortalecer la gestion	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentacion	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se realiza entrega de soportes cuando son requeridos para procesos de revision y digitacion	Instrumento de monitoreo y evaluacion con actas de seguimientos a los grupos etnicos.
realizar ajustes de manera oportuno cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del refernte del espacio asignado	SI	Complementar actas de monitoreo y evaluacion según ajustes.	Actas de seguimiento de monitoreo y evaluacion de los grupos etnicos
realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se realiza entrega oportuna de la información solicitada por la profesional de apoyo del componente	Correos electronicos con la informacion solicitada y actas de seguimiento
alistar soportes y auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Se realiza revision y alistamiento de los soportes del mes correspondiente	Entrega de soportes del mes correspondiente a auditar
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).	NO	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	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
realizar el seguimiento y abordaje de los casos abordados de eventos transmisibles no transmisibles y de acciones de interes en salud publica	NO	Para este mes no se programa dicha actividad	Para este mes no se programa dicha actividad
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se participa y se apoya en asistencias y procesos de induccion convocadas por la subred. Asistir a reuniones de equipo	Listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

Paola Castillo cc 1020752052

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA Paola Castillo

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estara sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el 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 1020752052		CASTILLO HUESA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 196 A # 20 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5261421	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	74834680	8476183102	I	2018/02/13	2018/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	1	$350,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
1	CC 1020752052	CASTILLO PAOLA	230201	30	$1,228,000	$196,500	EPS044	30	$1,228,000	$153,500		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,000	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0

PAGADO

2018/02/14 01:32 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 1020752052		CASTILLO HUESA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 196 A # 20 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5261421	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	74834680	8476183102	I	2018/02/13	2018/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	1	$380,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$200	$0	$196,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$196,500	$200	$0	$196,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$100	$0	$30,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$100	$0	$30,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$200	$0	$153,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$153,500	$200	$0	$153,700
TOTAL				**1**	**$380,000**	**$500**	**$0**	**$380,500**

PAGADO

2018/02/14 01:32 PM