6691

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEINNYS YAMILE BELLO SOLORZANO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52707796						
CORREO ELECTRONICO:	yamilebello@yahoo.es				CELULAR:	3006199892						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA 27											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	36	K23	15	K13	15	K15	12	K16	15	K19	7
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500916965								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0019 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8939	FECHA	Enero 31 2018				
OBJETO DEL CONTRATO	prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistncial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE de acuerdo al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2018		28	2	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y seis pesos										
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
8476136332	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$28.800	**$378.855**

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DEINNYS YAMILE BELLO SOLORZANO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

DEINNYS YAMILE BELLO SOLORZANO
CC. N° 52707796 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0019/ 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

TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

TOTAL COBRO:

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 7500916965
DEL BANCO. DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	36%	$ 1.105.436
K23	15%	$ 460.598
K13	15%	$ 460.598
K15	12%	$ 368.479
K16	15%	$ 460.598
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	7%	$ 214.946
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
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,

DEINNYS YAMILE BELLO SOLORZANO
CC. N° 52707796 Bogota email: yamilebello@yahoo.es
TELEFONO CELULAR No 3006199892

	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 -ESPACIO VIVIENDA						Sede: CABAÑAS					
No. DE CONTRATO:	0019-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	2	2018		28	2	2018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEINNYS YAMILE BELLO SOLORZANO		C. C.		52.707.796		DE		BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistncial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE de acuerdo al requerimento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	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 Secretaria Distrital de Salud.	SI	13 Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar. 26 Monitoreo a sesiones de Implemetacion Reuniones de equipo	Actas de reunión de analisis y cartografia Lista de chequeo y acta de Monitoreo a sesiones de Implemetacion Listado de reunión de equipo mensual
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	Seguimiento activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	Formato de activación de rutas, Matriz de unidad de analisis e implementación.
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	0 Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	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	0 de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	0 Formatos de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la segundad 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 presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	Se han realizado 26 visitas a las diferentes gestantes y menores de 5 años canalizados y / o encontrados, no se generan procesos de veeduría.	Actas de reunión de analisis y cartografia Lista de chequeo y acta de Monitoreo a sesiones de Implemetacion Listado de reunión de equipo mensual
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 las familias intervenidas en el mes	Actas de reunión de analisis y cartografia Lista de chequeo y acta de Monitoreo a sesiones de Implemetacion 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 indole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud publica (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 asumira el 100% de la glosa generada	Actas de reunión de analisis y cartografia Lista de chequeo y acta de Monitoreo a sesiones de Implemetacion Listado de reunión de equipo mensual
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 trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M-C

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DE 52 707 796

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.

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 52707796		BELLO SOLORZANO DEINNYS YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 12 N 9-06	SIBATE-CUNDINAMARCA	5297919	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	73767257	8476136332	I	2018/02/22	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,200

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)					**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
1	CC 52707796	BELLO DEINNYS	25-14	30	$1,228,262	$196,600	EPS017	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0

PAGADO

2018/02/12 05:01 PM