6037-6933

165

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:	**Sonia Gigliola Corchuelo Parra**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52769940							
CORREO ELECTRONICO:	soalay@hotmail.com				CELULAR:	3214539472							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**SU40**								
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	%	
	K09	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**68643803309**								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**0005 - 2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				**PAGO 2 DE 3**	
NÚMERO DE CDP	**32**	FECHA	**12 de Enero 2018**	**NÚMERO DE CRP**	**7806**	**FECHA**	**19/01/2018**		
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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.369.572
VALOR EJECUTADO	$4.298.917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	58%

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
8476076120	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR (E)

SONIA GIGLIOLA CORCHUELO PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 2 DE 3

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

Sonia Gigliola Corchuelo Parra
CC. N° 52769940 de Bogotà

Por concepto de servicios prestados durante el mes de **FEBRERO de 2018** según contrato de prestación de servicios No **0005-2018** 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: **TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS . M/cte.**

TOTAL: $ 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

EN LA CUENTA DE **AHORROS** X CTE___ No **68643803309**
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10C	0%	$ -
K12C	0%	$ -
K23C	0%	$ -
K13C	0%	$ -
K14C	0%	$ -
K15C	0%	$ -
K16C	0%	$ -
K07C	0%	$ -
K18C	0%	$ -
K07C	0%	$ -
K09C	100%	$ 3.070.655
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 ($44.603.200.00)		X

CORDIALMENTE,

Sonia Gigliola Corchuelo Parra
cc # 52769940
soalay@hotmail.com
ELEFONO CELULAR N 3214539472

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 VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL			**Sede:** ZONA FRANCA					
No. DE CONTRATO:	**0005-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA GIGLIOLA CORCHUELO PARRA		**C. C.**	52.769.940			**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
Realizar, liderar o apoyar visitas de inspeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras (si fuera necesario) y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la sercretaria Distrital de Salud.	SI	Visitas de Inspección y control a establecimientos.	Actas de IVC A: Educativos + 100 Usuarios con o sin tienda escolar = __11_, Educativos + 100 Usuarios con servicios de alimentación __7_,Bodegas de reciclaje _5_, Gimnasio Centros de acondicionamiento fisico = _3_, Conglomerados = _1_, Sitios de alto impacto = _0_,Hoteles = _1_, PIS=_3_, IPS= _5_, Coliseos_0_ , estadios parques tematicos=, Universidades = 1 ,Administrativas = _8_ horas ;Tatuajes=_10_
Brindar asesorias tecnica a la comunidad en normatividad sanitaria y ambiental	SI	Visitas de Inspección y control a establecimientos.	Actas de IVC A: Educativos + 100 Usuarios con o sin tienda escolar = __0_, Educativos + 100 Usuarios con servicios de alimentación __0_,Bodegas de reciclaje _10_, Gimnasio Centros de acondicionamiento fisico = _7_, Conglomerados = _3_, Sitios de alto impacto = _0_,Hoteles = _0_, PIS=_0_, IPS= _0_, Profesionales independientes =, Coliseos_4_ , estadios parques tematicos=, Universidades = 0 ,Administrativas = _8_ horas ;Tatuajes=_3_
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las visitas o acciones a realizar y realizadas.	SI	Entrega de informe semanal de actividades	4 Formatos de entrega de informe
Entregar oportunamente los productos que alimentantan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros.	SI	Entrega de informe semanal de actividades	4 Formatos de entrega de informe
Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse.	SI	Preauditoria de actas	Formato de entrega y actas de seguimiento en campo a cargo del lider operativo mensualmente
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	SI	Cumplimiento de plan de mejoramiento en el momento en que se llegue a presentar	En el momento no se ha presentado
Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico, (software), Definicion de la auditoria de los documentos cientificos y de la demas informacion que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de vigilancia sanitaria y ambiental y de vigilancia en salud publica.	SI	Se mantiene la confidencialidad en cada actividad que se realiza	Actas de IVC A: Educativos + 100 Usuarios con o sin tienda escolar = __11_, Educativos + 100 Usuarios con servicios de alimentación __7_,Bodegas de reciclaje _5_, Gimnasio Centros de acondicionamiento fisico = _3_, Conglomerados = _1_, Sitios de alto impacto = _0_,Hoteles = _1_, PIS=_3_, IPS= _5_, Coliseos_0_ , estadios parques tematicos=, Universidades = 1 ,Administrativas = _8_ horas ;Tatuajes=_10_
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada	SI	se informa oportunamente cuando se presenta una eventualidad	Mediante correo,llamada telefónica.
Llevar de forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificacion.	SI	Base de visitas mensuales en magnético	1 Base de datos de visitas mensuales en magnético
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	SI	Atención a peticiones	1 Oficios de respuesta
Apoyar la realizacion de jornadas, actividades y eventos de interes del área de salud pública o demas actividades de la subred, cuando sea requerido.	SI	Atención de jornadas y eventos de emergencia .	En el momento no se ha presentado
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.	SI	Asistencia a reunión mensual de linea	Reinducción 5 de febrero de 2018 ; Reunión de linea 19 de febrero de 2018
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	SI	Se realiza el cuidado de la dotación ,papelería suministrada por la subred	Actas de IVC y suministros
Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la subred.	SI	Se realiza socialización en cada actividad desarrollada	Actas de IVC y asistencia a operativos y jornadas relacionadas con la función
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.	SI	Visitas de Inspección y control a establecimientos.	Actas de IVC A: Educativos + 100 Usuarios con o sin tienda escolar = __11_, Educativos + 100 Usuarios con servicios de alimentación __7_,Bodegas de reciclaje _5_, Gimnasio Centros de acondicionamiento fisico = _3_, Conglomerados = _1_, Sitios de alto impacto = _0_,Hoteles = _1_, PIS=_3_, IPS= _5_, Coliseos_0_ , estadios parques tematicos=, Universidades = 1 ,Administrativas = _8_ horas ;Tatuajes=_10_

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,070,655 (TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS . M/cte..)

Sonia Gigliola Corchuelo Parra

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

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 52769940		CORCHUELO PARRA SONIA GIGLIOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 56 H # 88 H 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7289705	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	313393660	8476076120	I	2018/02/09	2018/02/08	BANCOLOMBIA	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
1	CC 52769940	CORCHUELO SONIA	25-14	30	$1,228,262	$196,600	EPS023	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

2018/02/08 04:36 PM

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

En la ciudad de Bogotá. D.C. a los 16 días del mes Febrero del año 2018

Yo Sonia Gigliola Corchuelo Parra. identificado(a) con el tipo de documento de Identificación (CC, RC, TI, CE) C.C. Número 52.769.940 de Bogotá

manifiesto libre y voluntariamente que:

La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de Dos millones de pesos m/cte ($) 2.000.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Mariana Sarmiento Corchuelo		X			1011206634	Hija
Matías Alexander Acosta Corchuelo		X			1027301144	Hijo

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

Firma del declarante

Doc. de identificación 52.769.940

Teléfono fijo y celular 4923197 / 3106990527 Dirección CL 56H Sur 88H35

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1011206634

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55809066

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 50 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO	CORCHUELO

Nombre(s): MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes OCT Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA--BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SENTENCIA JUZGADO 11 FAMILIA BOGOTA	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORCHUELO PARRA SONIA GIGLIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52769940	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO RAMIREZ NICOLAS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80825570	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CORCHUELO PARRA SONIA GIGLIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 52769940	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2015 Mes NOV Día 10	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE REGISTRO CIVIL SUSTITUYE AL SERIAL 50447782 DEL 14 DE OCTUBRE DE 2010. POR SENTENCIA DEL JUZGADO 11 DE FAMILIA DE BOGOTA DE FECHA 8 DE SEPTIEMBRE DE 2015 SE SUSPENDIO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE PATRIA POTESTAD AL SEÑOR NICOLAS SARMIENTO RAMIREZ RESPECTO DE LA INSCRITA. ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 152 FOLIO 211. BOGOTA, 10 DE NOVIEMBRE DE 2015.-

GABRIEL URIBE ROLDAN
NOTARIO

55809066

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 50 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

El presente Registro Civil es fiel copia tomada del original que reposa en el archivo de Registro Civil de Nacimiento

Se expide en Bogotá D.C. el 10 de noviembre de 2015

Sonia Gigliola Corchuelo

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1027301144 — Indicativo Serial 57575497

57575497

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 34 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 9E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA	CORCHUELO

Nombre(s): MATIAS ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes SEP Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14365856-0

Datos de madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CORCHUELO PARRA SONIA GIGLIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52769940 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos de padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: ACOSTA REYES JIMMY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 4223547 de RAQUIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ACOSTA REYES JIMMY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 4223547 de RAQUIRA	ACOSTA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes SEP Día 13	ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ACOSTA REYES JIMMY ALEXANDER Firma	ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTA

L.V 209 FOLIO 261

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -