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:	JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52380288							
CORREO ELECTRONICO:	johannacastro.cj16@gmail.com				CELULAR:	3118046605							
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	%	
	K31	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008400349778								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0449-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			Pago 3 de 3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18473	FECHA	28/02/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar sevicios profesionales especializados ala gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.747.240									
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:	$11.241.720
VALOR EJECUTADO	$11.241.720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
26965795	$1.498.896,00	$187.362	$239.823	3	$36.513	**$463.698**

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

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Johanna M.ª Castro Acevedo
JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. ABRIL **2018**

CUENTA DE COBRO 3

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

JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO
CC. N° **52380288** Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0449-2018 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 SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE

TOTAL: $ 3.747.240

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 008400349778
DEL BANCO: DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K15	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K07	0%	$ -
K31	100%	$ 3.747.240
TOTAL	**100%**	**$ 3.747.240**

	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 ($44.603.000.00)	X	

CORDIALMENTE,

Johanna Mª Castro Acevedo

JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO
CC. N° 52380288 Bogota johannacastro.cj16@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3118046605

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: Asunción Bochica**					
No. DE CONTRATO:	0449-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**		
			1	4	2.018		30	4	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO		**C. C.**	52.380.288			**DE**	Bogotá			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sevicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
Participar en las mesas de trabajo institucional, sectorial e intersectorial: Se participan en las mesas a nivel distrital donde el eje central contaminación ambiental y los efectos en la salud, seminarios y eventos relacionados con la temática. (Mesas territoriales, Agendas territoriales etc)	si	Participación en las reuniones agendadas para el mes de septiembre entre ellas se encuentra la reunión de seguimiento de SDS para la construcción y realimentación de documentos de investigación.	Formato de actas
Reporte de indicadores de la línea de acuerdo a la asignación establecida por la Secretaria Distrital de Salud.	si	Reporte mensual en la matriz Drive a nivel distrital de las bases de datos RIPS, Salas ERA, Evento 995 y prevalencias de las enfermedades respiratorias los cuales se elaboraban a partir de las encuestas de caracterización realizadas en las Líneas aire, ruido y rem.	Diligenciamiento mensual de matriz de indicadores
Elaboración de boletín epidemiologico mensual de la linea aire, ruido y radiación electromagnetica, que incluye la consecución y análisis de información epidemiologica según fuentes primarias y secundarias. Remitirlo a la Secretaria Distrital de Salud los 10 primeros días hábiles de cada mes.	si	Para la construcción del boletín informativo del mes de enero , elaborado en el mes de abril: Se realizan gráficas para el análisis descriptivo y analisis de la posible relación entre los eventos respiratorios y auditivos relacionados con la contaminación del aire y por ruido.	Archivos word y excel correspondientes al boletín mes de Febrero .
Realizar la gestión de la información, incluyendo pre crítica, crítica y validación de la información en medio físico y seguimiento en campo aleatoria una vez al mes. Así como el control de la calidad de la información digitada de la vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria de las temáticas de la lineaen los sistemas de información establecidos por la Secretaria Distrital de Salud.	si	Formatos de seguimiento, verificación y evaluación al registro de datos a encuestas de la linea, envio de aplicativo SIARR, seguimiento en campo una vez al mes de acuerdo a la programación de las visitas, envio el tercer día hábil de cada mes a Fontibon para su respectiva consolidación.	Formatos de seguimiento y verificación , Archivos Excel correspondiente a los seguimientos y verificaciones realizadas y correos electrónicos de envio.
Actualización mensual de los indicadores de la la línea el último día habil de cada mes.	si	Revisión de la matriz de indicadores, este se realiza en conjunto con el consolidado distrital enviado por el Hospital de Fontibón.	revisión de consolidado distrital mensual .
Análisis de información de los proyectos de investigación y generación de informes estadisticos descriptivos	si	Análisis descriptivo bivariado de la población menores de 5 años año 2017	Bases de datos excel, spss y Epidat con análisis de variables población menores de 5 años Localidad Puente Aranda y Kennedy 2017
Cartografia social	no	No programada	No aplica
Jornada de Profundización	no	No programada	No aplica
Informes Ejecutivos	no	No programada	No aplica
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivasy/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas	si	De manera mansual se realiza acciones correctivas la Sistema de Vigilancia en pro de mejorar cada una de las actividades del Sistema.	Se realiza una seguda verificación de la digitación de las de las encuestas de caracteriazación a auxiliares de enfermería
Elaboración de articulo	no	No programada	No aplica
Otras actividades que se dispongan por la Subred	no	No programada	No aplica

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.747.240 TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE

Johanna M' Castro Acevedo
CC 52.380.288

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Johanna Mª Castro

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52380288	Johanna Maria Castro Acevedo	Cra 81b No 6c -10 casa 122	4487880	johannacastro.cj16@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD			2018/04/18		330492507
MES	AÑO	MES	AÑO				
4	2018	4	2018	I	18/04/2018	26965795	$463.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.400	0		0		0	0	0	0	187.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	239.900	0	0	0	0	0	0		239.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.400	187.400
Pensión	1	239.900	239.900
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	463.900	463.900

PAGADA 26965795

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52380288	Johanna Maria Castro Acevedo		Cra 81b No 6c -10 casa 122	4487880	johannacastro cj18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
4	2018	4	2018	I	18/04/2018	26965795	$463.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Colombiano en el exterior	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52380288	Castro Acevedo Johanna Maria	59	0			N																	23030I	1 499 000	239 900	0	0	0	0	EPS005	1 499 000	187 400	14-28	1 499 000	3	35 600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información