6466

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	9/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022373311						
CORREO ELECTRONICO:	lau.455@hotmail.com				CELULAR:	3123099540						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K 19	96%	K 07	4%								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590405929								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0424-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 de 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9138		FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar apoyo como PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Sub Red Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion en concordancia con el contrato interadministrativo 077 de 2017 Plan 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:	$3.070.565									
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:	$6.141.130
VALOR EJECUTADO	$3.070.565
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.565
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.565
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 **$1.953105**, 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
25380732	$1.228.226,00	$153.528	$196.516	3	$29.920	**$379.964**

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

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Laura M. Jiménez S.
LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ
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

LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ
CC. N° **1022373311** **BOGOTA**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0424-2018 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 SETENTAMIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MONEDA CTE**

TOTAL: $ 3.070.565

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 007590405929
DEL BANCO: DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	4%	$ 122.800
K18	0%	$ -
K 19	96%	$ 2.947.765
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.565

	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, Laura M. Jimenez S.

LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ
CC. N° 1022373311 BOGOTA lau.455@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3123099540

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión:	2
		Fecha de aprobación:	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	VSP - FONTIBON			**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	0424-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ		**C. C.**	1.022.373.311			**DE**	BOGOTA D.C.	

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 PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL 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
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	1. Reunión de seguimiento de productos 21 de Febrero 2. Reunion equipo VSP 15 de Febrero	Acta y listado de asistencia e
2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad	SI	1. Identificación riesgo colectivo Barrio común UPZ 75 fontibon (22 de Febrero), Bosa occidental 5 barrios (1 y 2 de Febrero) y 3 en Corabastos en kennedy (8 de Febrero)para un total de 11 barrios 2. Realizacion cierre Estudio etnografico 28 de Febrero	informeISEC y acta de realizacion diligenciamiento de los formatos de aplicación de identificacion del riesgo Actas y diarios de Campo GMP
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	1. Se identifican reportes en ficha VCSP y se canaliza 2, Se realiza identificacion de puntos criticos por emergenncia sanitaria, realizando el respectivo envio de los reportes identificado los dias desde el 6 de febrero hasta el 26 de febrero	Entrega de fichas de notificacion,acta de articulacion
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	SI	1. seguimiento plan de accion 21 de Febrero de 2018	envio a VSP por correo y acta
5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad.	SI	Se realizaron las siguientes asistencias tecnicas por cada localidad Puente Aranda : Canitas y sueños- Grupo gimnasia alcala Kennedy: JAC Villa Nelly y renacer grupo adulto mayor, Centro amar corabastos Fontibon: Club amigo Fontibon y JAC BELEN Bosa: Centro dia Bosa y comedor comunitario bosa nova	Actas de asistencia tecnica
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	NO	seguimieto de envios de base y entrega de fichas	permanente
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado	NO	No programado para el mes	N/A
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad	SI	1. Elaboracion y envio de informe estudio etnografico Bosa, del 1 al 13 de Febrero 2,. Elaboracion y envio de informe desarrollo estrategia VCSP, del 13 al 20 de Febrero	envio a VSP por correo , Informe de avance para revision

9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando	SI	1.Planeacion COVECOM Localidad de Fontibon 21 de Febrero 2. Ejecucion COVECOM Localidad de Fontibon 23 de Febrero 3. Realizacion y envio de relatoria COVECOM	Acta y listado de asistencia, Formato de relatoria.
10. Participar en pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda	SI	1. Revisión pre auditoria de productos	Enrega de soportes para revision por coordinacion VSP
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad	SI	1. Reunion subred equipo VSP 15 de Febrero 2018	Acta y listado de asistencia
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS	SI	1. Búsqueda permanente de reporte de situaciones y problemáticas VSPC para realizar ISEC o canalizar según corresponda.	Formato de ficha de notificacion de PCO

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3070565 TRES MILLONES SETENTAMIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MONEDA CTE

Laura M. Jimenez S. 1022373311

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Laura M. Jimenez S.

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	1022373311	LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ	KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408	7583902	lau.455@hotmail.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				
2	2018	2	2018	I	02/02/2018	25380732	$387.600

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	153.600	0		0		0	0	0	0	153.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	196.600	0	0	0	0	0	0		196.600	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	30.000				30.000	0	0	30.000			300	30.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.400	0	0	7.400	1

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	153.600	153.600
Pensión	1	196.600	196.600
Riesgos Laborales	1	30.000	30.000
CCF	1	7.400	7.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	387.600	387.600

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
CC	1022373311	LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ		KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408	7583902	lau.455@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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				
2	2018	2	2018	I	02/02/2018	25380732	$387.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1022373311	JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA	59	0			N																	230201	1.228.226	196.600	0	0	0	0	EPS008	1.228.226	153.600	14-28	1.228.226	3	30.000	CCF24	1.228.226	7.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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