| 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: | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1032385910 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nicolas050612@gmail.com | | | | CELULAR: | 3214873285 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON F001 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | K32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62469811471 | | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0398-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 3 DE 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 699 | FECHA | 23/03/2018 | NÚMERO DE CRP | 18428 | FECHA | 28/03/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | El Contratista Marcela Castro Rodriguez y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Psicologo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0 716-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 4 | 2018 | | 30 | 4 | 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 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: | $9.211.965 |
| VALOR EJECUTADO | $9.211.965 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.070.655 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1012391448 | $1.228.662,00 | $153.600 | $196.600 | 3 | $30.000 | **$382.400** |

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

**SMITH LOZANO GUEVARA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**MARCELA CASTRO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

BOGOTA ABRIL 2018

# CUENTA DE COBRO

3

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

**MARCELA CASTRO RODRIGUEZ**
**CC. N° 1032385910 Bogota**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0398 - 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 SEIS CIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C

**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 62469811471
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K25 | 0% | $ - |
| K26 | 0% | $ - |
| K27 | 0% | $ - |
| K28 | 0% | $ - |
| K29 | 0% | $ - |
| K30 | 0% | $ - |
| K31 | 0% | $ - |
| K32 | 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 |
| 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 | X | |
| QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000) | | X |

**CORDIALMENTE,**

Marcela Castro Rodriguez

***MARCELA CASTRO RODRIGUEZ***
**CC. N° 1032385910 Bogota** email: nicolas050612@gmail.com
**TELEFONO CELULAR No 3214873285**

| 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: | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Sede: FONTIBON | | |
| No. DE CONTRATO: | 0398 - 2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 4 | 2 018 | | 30 | 4 | 2 018 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ | | C. C. | | 1 032 385 910 | | DE | | Bogota | |

**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 PSICOLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Semanalmente entregar al referente los produatos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad | si | se realiza entrega semanal de los productos sisvecos al referente con la calidad requerida y dentro de los tiempos de oportunidad | lista de chequeo con los casos |
| 2. Realizar investigaciones epidemiologicas de campo (IEC) y/o caracterizacion individual de riesgo( CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad | si | Se realizan 41 casos Sisvecos abordados dentro de la oportunidad cumplimiendo con criterios de calidad con dias de entrega 16, 23, 30 del mes de abril en la localidad de bosa | Soporte en fisico de 41 eventos abordados de la localidad de bosa |
| 3. Realizar activacion de ruta (canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados | si | Se realiza Activacion de ruta de los casos que presentan barreras de acceso para los servicios de salud, dentro del mes no se han identificados | Se realiza entrega mediante correo electronico |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de accion del subsistema asignado | si | Entrega de la meta asignada | Formato de los eventosque se abordan en el mes |
| 5. Apoyar en las asesorias y asistencias tecnicas a las UPGD Y UI del subsistema asignado según programacion y necesidad | No | Esta actividad no se realiza | No aplica |
| 6. verificar la concordancia fisico/magnetico de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con los criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud) según lineamientos de SDS | si | se realiza concordancia de los casos aboradados del subsistema que los criterios evaluados correspondan, se entregan organizados, legajados para su ingreso al aplicativo. | Actas de entrega y lista de chequeo de los casos |
| 7. Apoyar en las convocatorias de unidades de analisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado | No | Esta actividad no se realiza | Esta actividad no se realiza |
| 8. Participar en la elaboracion de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad deacuerdo a requerimientos establecidos aportando al analisis de condiciones de calidad de vida salud y6 enfermedad | no | Esta actividad no se realiza | Esta actividad no se realiza |
| 9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (COMITES,COVES,COVECOM,CONCEJOS) y en espacios extrainstitucionales locales y distritales sobre el area de interes y que generen construccion del conocimiento socializando posteriormente la | si | Reunion de equipo salud mental el dia 06/04/2018 grupo tecnico en cami 10/04/2017 | acta de reunion y listado de asistencia |
| 10. Participar en preauditoria de soportes fisicos seguimiento telefonico y concurrente al igual que la generacion de planes de mejoramiento según corresponda | si | Se realiza entrega de los soportes de las IEC para auditoria del componente sisvecos de la localidad de bosa | lista de chequeo con los casos |
| 11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna de los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | si | Se realiza proceso de archivo con numeracion de folios organización cronologica de casos, elaboracion de rotulos y acta de inventario, sopotes fisicos de IEC realizadas para el mes de abril hasta el mes de diciembre del 2017 y el mes de enero 2018 | Inventario de archivo y listado de asistencia |
| 12. Realizar la busqueda activa Institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS | NO | No se programa ninguna actividad realcionada con esta obligacion | No se programa ningun producto |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEIS CIENTOS CINCUENTA Y CIENCOS PESOS M/C**

Marcela Castro Rodriguez

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MARCELA CASTRO RODRIGUEZ C.C 1032385910

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

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2018-04-11, 04:23:39 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2018 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | abril de 2018 |
| **Empresa** | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1032385910 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8886991530 / 1012391448 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 19034672 |
| **Banco** | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE |
| **Valor** | $ 382.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

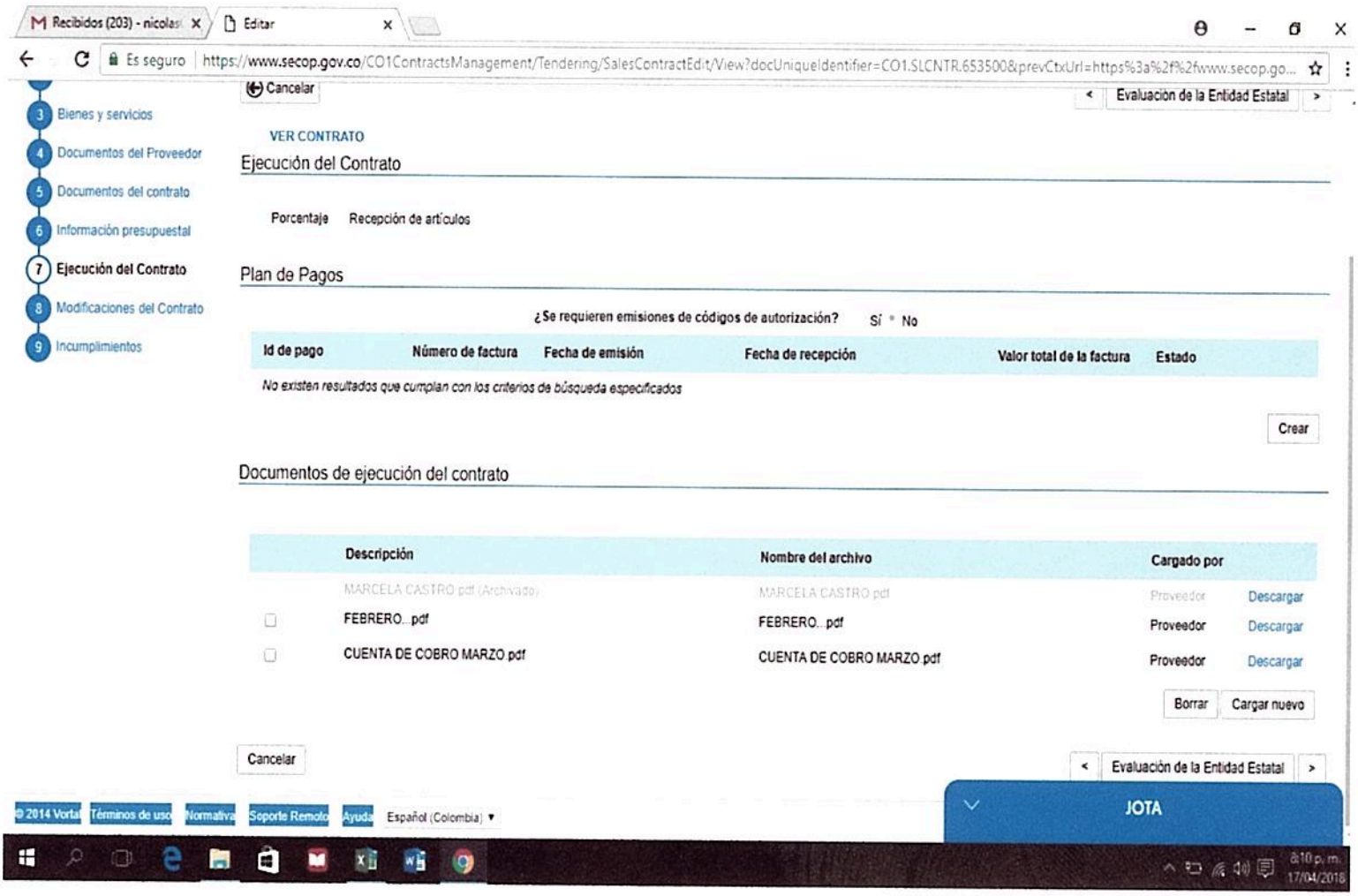
| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 196.600 | $ 1.100 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 153.600 | $ 900 |
| N800256161 | 14-28 | ARP SURA | 1 | $ 30.000 | $ 200 |
| | | **SubTotales:** | | $ 380.200 | $ 2.200 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 382.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

¡El Poder de lo SIMPLE!


Recibidos (203) - nicolas
Editar
Es seguro
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.653500&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.go...
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
MARCELA CASTRO pdf (Archivado)
MARCELA CASTRO pdf
Proveedor
Descargar
FEBRERO...pdf
FEBRERO...pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO MARZO pdf
CUENTA DE COBRO MARZO pdf
Proveedor
Descargar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
8:10 p. m.
17/04/2018