| 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | 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: | FO CAMI I | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | VSP | | | | 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: | BANCO 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 9 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | | 36735 | FECHA | 31/08/2018 | | |
| 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 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 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: | $33.777.205 |
| VALOR EJECUTADO | $27.635.895 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6.141.310 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1014991299 | $1.228.662,00 | $153.600 | $196.600 | 3 | $30.000 | **$380.200** |

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

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

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

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN SERVICIOS** | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VSP | | | | | **Sede: FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0398-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 10 | 2.018 | | 31 | 10 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ | | **C. C.** | | 1.032.385.910 | | **DE** | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicios profesionales 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 |
|---|---|---|---|
| 1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad. | SI | Se realiza entrega semanal productos SISVECOS al referente. Los días19/10/2018, 26/10/2018, 31/10/2018 Total 39 casos Correspondientes a la localidad de BOSA | Lista de chequeo, casos en fisico |
| , 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 | Se realizara 39 eventos SISVECOS abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad de BOSA , lo cuales se entregan los días 19,26,31 Del mes de OCTUBRE revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo. | Soportes en físico de 39 IEC realizadas en el mes |
| 3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados | SI | Se realiza activaciones de ruta a espacio de vivienda de 10 casos identificados que requieran de la atencion | Base de intervenciones en magnético enviadas. |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado. | SI | Casos entregados durante el mes que contibuyen a la realizacion y seguimiento del plan de accion. | 39 casos entregados a final de mes, con calidad del dato y depurado en aplicativo. |
| 5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad, | NO | No se programa actividad durante el mes | No se generan productos durante el mes |
| 6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS | SI | Se realiza la concordancia de casos SISVECOS del mes de SEPTIEMBRE el día 8/10/2018 y se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1. 31/10/2018 depuracion del mes de OCTUBRE subsistema SISVECOS | Acta de concordancia y listado de asistencia |
| 7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado, | NO | No se programa actividad durante el mes | No se programan productos durante el mes |
| 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. | NO | No se programa actividad durante el mes | No se programan productos durante el mes |
| 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 posteriormente la información obtenida. | SI | Se participa de la reunion equipo salud mental el dia 05/10/2018, se particlpa en la reunion de vigilancia epidemiologica 26/10/2018, conversatorio el dia 12/10/2018 | Acta de reunion y listado de asistencia |
| 10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | Se realiza pre auditoria casos correspondiente al mes de septiembre el dia 08/10/2018 en aplicativo y físico, con respectivo ajuste en aplicativo | Acta de reunión y listado de asistencia. Correo electrónico. |
| 11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | SI | Se realiza seguimiento a casos de 2 alertas institucionales | Base de intervenciones en magnético enviadas. |
| 12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. | NO | No se programa actividad durante el mes | No se programan productos durante el mes |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

Marcela Castro R.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-10-11, 10:06:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014991299

**Periodo Cotización:** septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8886991530

**PAGADO 11/10/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ | | |
| **Documento** | CC1032385910 | **Dirección** | TV 77 I BIS # 71 D 26 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3111111 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1032385910 | MARCELA CASTRO RODRIGUEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1,228,262 | $ 196,600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1,228,262 | $ 153,600 | 2,436 | $ 1,228,262 | $ 30,000 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380,200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1,228,262 | $ 1,228,262 | $ 1,228,262 | $ 0 | $ 196,600 | $ 153,600 | $ 30,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380,200 | $ 2,400 | $ 382,600 |



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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