6-38-7733

| 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: | SANDRA MILENACABALLERO RODRIGUEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52.762.184 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | sandra840501@gmail.com | | | | CELULAR: | 3208845544 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SU40 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | PAPS 11 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | K12 | 21% | K23 | 15% | K13 | 20% | K14 | 14% | K16 | 16% | K19 | 10% | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 21538683326 | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0364-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 2 DE 2 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | | 9078 | FECHA | 31/01/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales a la gestion 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 | 3 | 2018 | | 30 | 3 | 2018 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.070.655 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | $0 | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:CENTROS DE COSTO: V709(12%), K109(9%)

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $6.141.310 |
| VALOR EJECUTADO | $6.141.310 |
| **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 **$1.953105**, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2319843106 | $1.228.262,00 | $153.533 | $196.522 | 3 | $29.920 | **$379.975** |

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

**ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**SANDRA MILENA CABALLERO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

# CUENTA DE COBRO 2

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

**SANDRA MILENA CABALLERO RODRIGUEZ**
**CC. N° 52762184 Bogota**

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato d prestación de servicios No 0364-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certific 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**

**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 21538683326
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

| CENTRO DE | PORCENTAJ | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 0% | |
| K12 | 21% | $ 644.838 |
| K23 | 15% | $ 460.598 |
| K13 | 20% | $ 614.131 |
| K14 | 14% | $ 429.892 |
| K16 | 20% | $ 614.131 |
| K07 | 0% | |
| K18 | 0% | |
| K19 | 10% | $ 307.065 |
| K09 | 0% | |
| **TOTAL** | **100%** | **$ 3.070.655** |

| | SI |
|---|---|
| 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,** Sandra Caballero

***SANDRA MILENA CABALLERO RODRIGUEZ***
**CC. N° 52762184 Bogota** sandra840501@gmail.com
**TELEFONO CELULAR No. 3208845544**
,

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | PIC | | Sede: PAPS 11 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0364-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 2.018 | | 30 | 3 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA MILENA CABALLERO | | C. C. | | 52.762.184 | | 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 (PSICOLOGA) 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 |
|---|---|---|---|
| Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | caracterizacion de 18 HCB en la localidad de BOSA, Reunion en la zonal de bosa con las representantes legales( socializacion de contingencia sarampion), fortalecimiento del primer modulo con madres comunitarias de AIEPI COMUNITARIO | se entrega formatos de los 18 HCB de la localidad de bosa: 18 cartas de compromiso, 18 actas de acercamiento, 18 unidades de analisis, 18 actas de socializacion del plan de accion, 18 formato de caracterizacion social y ambiental ,plan de accion. |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque | SI | 0 activacion de ruta | 0 Formato de activación de rutas |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS | SI | 0 Cero, no se encontraron casos para realizar Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional | Matriz de unidad de analisis e implementación. |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | SI | 0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional | Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | SI | HCB intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. | Matriz de unidad de analisis e implementación. |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. | SI | Entrega de soportes con la calidad correspondientes de los HCB del mes de marzo.<br>Se realizaron ajustes correspondientes de acuerdo a solicitudes realizadas por la referente y profesional de apoyo. | Cronograma de actividades mensual,matriz HCB, 18 cartas de compromiso,18 unidades de analisis, 18 actas de acercamientos al hogar, 18 formato de caracterizacion social y ambiental, plan de accion<br>Listado de reunión de equipo mensual |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. | SI | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS. | Cartas de compromiso , formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis<br>matriz de unidad de analisis<br>Formato plan de acción ,cronograma<br>Listado de reunión de equipo mensual |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Participación en reunión de equipo 17 de marzo.<br>capacitacion de acreditacion. Proceso de norma de competencia HCB 6 de marzo.<br>presentacion de auditoria | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación |

**OBSERVACIONES:**

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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA MILENA CABALLERO Sandra Caballero

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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Occidente

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52762184 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SANDRA MILENA CABALLERO RODRIGUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 88D 6D-12 APT216 | TELÉFONO: | 4723217 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **2319843106** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2018 | SALUD: | AÑO: | 2018 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2018/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 87484469 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1 | $ 196.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 196.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 153.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 153.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800256161 | 14-28 | 14-28-SURATEP-AGRICOLA | 1 | $ 30.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 30.000** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 380.000** |
|---|---|