7/3/17

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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1019018649							
CORREO ELECTRONICO:	jennygarzon137@gmail.com				CELULAR:	3015531720							
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	%	
	K23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870346535								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3634-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	12067	FECHA	15/02/2018			
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 requirimiento 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 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.503.627
VALOR EJECUTADO	$4.503.627
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4209311262	$1.228.000,00	$153.500	$187.100	3	$30.000	**$380.000**

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:

JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Marzo 21/18

	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- ESPACIO VIVIENDA				Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	3634 -2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL		**C. C.**		1.019.018.649		**DE**		BOGOTÁ

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 requirimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	30 Atenciones en salud fisica a la comunidad víctima del conflicto armado, 4 dias de fortalecimiento tecnico, 1 Dia de autocuidado.	Formatos PAP 012 enfermeria, con calidad y veracidad
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	NO	36 Atenciones en salud fisica a la comunidad víctima del conflicto armado, que presente prioridades en salud. Participar en 3 reuniones realizadas por la coordinacion, 1 Dia de Autocuidado.	Formatos PAP 012 enfermeria, PAP 040 derivaciones y formatos de activación de ruta
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado	Actas de asistencias
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	Para este mes se tiene programado 1 comunitario	Actas de asistencias
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	derivaciones según la necesidad de la poblacion atendida	Formatos de derivación PAP 040, Formato de activacion de rutas de acuerdo a la Subredes
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	64 Educaciones correspondientes durante las atenciones por salud fisica de forma individual o famliar	Formatos de derivación PAP 040, Formato de activacion de rutas de acuerdo a la Subredes
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	Empoderar a los y las participantes en los derechos y deberes que tienen frente al sistema de salud durante las atenciones de salud fisica	formatos de atencion psicosocial PAP 012 enfermeria
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes de diciembre	Entrega de soportes completos con calidad, PAP 012 Enfermeria
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Ajustes de los formatos de acuerdo a las recomendaciones de la coordinadora del equipo	Entrega de soportes completos con calidad, PAP 012 Enfermeria
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	NO	Informe mensual profesionales enfermeria	Entrega de un informe cialitativo y cualitativo, directorio enlaces locales
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	se asiste a 1 reunion en SDS con la referente del programa y a fortalecimiento tecnico de induccion a	Actas de asistencias
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

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

JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL C.C: 1.019.018.649 DE BOGOTÁ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha 12/03/2018 Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

BOGOTA MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

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

JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL
CC. N° 1.019.018.649 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No.3634-2018 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 SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

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 4870346535
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	100%	$ 3.070.655
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
K09	0%	$ -
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 RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)		X

CORDIALMENTE,

JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL
CC. N° 1.019.018.649 de Bogotà email: jennygarzon137@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3015531720

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019018649
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JENNY FERNANDA GARZON VILLAMIL		GARZON VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 115 N 151C-51 APT 104 INT	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4209311262**	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):	2018/03/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998138127		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 196.500
SUBTOTAL:			1	**$ 196.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 153.500
SUBTOTAL:			1	**$ 153.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 30.000
SUBTOTAL:			1	**$ 30.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 380.000**