6038/7801 OK

52

| 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: | CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52901561 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | carolitocaracolito@gmail.com | | | | CELULAR: | 3192512951 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | 5039 | PAPS ABASTOS | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | SUR | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K14 | 46% | K16 | 23% | K19 | 31% | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24042928920 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0793-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 2 DE 2 | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | 8465 | FECHA | 31/01/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo 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 | 3 | 2018 | | 13 | 3 | 2018 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.613.395 | | | | | | | | |
| 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: | $3.226.790 |
| VALOR EJECUTADO | $2.312.532 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $699.137 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $914.258 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 72% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25931707 | $781.242,00 | $97.800 | $125.100 | 3 | $19.200 | $241.200 |

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

**DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO**
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

CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO
CC. N° 52901561 BOGOTÁ

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0793-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 13 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

TOTAL: $ 699.137

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 24042928920
DEL BANCO: CAJA SOCIAL

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10C | 0% | $ - |
| K12C | 0% | $ - |
| K23C | 0% | $ - |
| K13C | 0% | $ - |
| K14 | 46% | 321.603 |
| K16 | 23% | 160.802 |
| K07C | 0% | - |
| K18C | 0% | - |
| K19 | 31% | 216.732 |
| K09C | 0% | - |
| TOTAL | 100% | $ 699.137 |

| | 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,

***CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO***
CC. N° 52901561 BOGOTÁ carolitocaracolito@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3192512951

| Secretaría de Salud 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: | SALUD PUBLICA | | | Sede: | PAPS ABASTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0793-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 18 | | 13 | 3 | 18 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO | | C. C. | | 52.901.561 | | DE | | BOGOTÁ |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo 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. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Se realiza actividad de sensibilización, concienciación e intervención frente al IBOCA y RVA en la localidad de Kennedy y Puente Aranda, en espacio público: Av Américas con 78g-Estación Banderas, Av. Boyaca con primera de mayo, Super cade las Américas, Ciclovía Timiza, Plaza de Mercado de Kennedy, CC. Plaza de las Américas, con una intensidad de 8 horas y atención a 300 ciudadanos en espacio público, en el marco de la estrategia Cuidate y Sé Feliz. | Matriz ambiental y cabezote ambiental mensual, con especificidades de número de usuarios, segmentados por edades y género, logros, evidencias fotográficas. 10 listados de asistencia |
| 2. 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. | SI | Se realiza educación ambiental y se dictan recomendaciones a los paticipantes de la Estrategia Ciudate Sé Feliz con la socialización de los temas ambientales relacionados con el IBOCA y la exposición a los rayos ultra-violeta, manejo de residuos sólidos, además de promover la adopción de hábitos ambientalmente saludables para reducir el impacto ambiental. | Matriz ambiental, cabezote ambiental y listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos Cuidate Sé Feliz y el regitro y diligenciamiento del formato ambiental. |
| 3. Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público. | SI | Se brinda la información y educación a los usuarios asistentes durante este mes motivando a la adopción de habitos de vida saludable de las temáticas ambientales de IBOCA y Exposición a los Rayos Ultra-Violeta, manejo de residuos sólidos con la participación de 670 usuarios. | Matriz ambiental, formato ambiental y listados de reporte de usuarios que participaron de la atención en los Puntos cuidate sé feliz. |
| 4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred. | SI | Planeación y participación en las jornadas locales y distrital con las acciones a desarrollar de acuerdo a perfil de Técnico Ambiental y de las acciones registradas dentro de los lineamientos. | Matriz ambiental y listados de reporte de usuarios que participaron de la atencion en los Puntos cuidate sé feliz, registro de usiuarios en el aplicativo y la matriz ambiental. |
| 5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. | SI | A partir de la Educación y recomendaciones brindadas se promueve la adopción de practicas que contribuyan a una alimentación saludables y reducir los riesgos de enfermedades respiratorias y de la piel relacionados con la contaminación del aire (IBOCA) y la exposición a los rayos del sol dentro de la actividad de la Estrategia Ciudate se Feliz | Matriz Ambiental y listados de reporte de usuarios que participaron de la atencion en los Puntos cuidate se feliz , registro de usiuarios en el aplicativo. |
| 7. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 8. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 9. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | SI | Se realizó la consolidación y registro de datos en la matriz digital de todos los datos registrados en el formato de listado de asistencia durante la actividad desarrollada durante este mes, además se realizo una revisión de los soportes en calidad y cantidad. | Actas diarias del proceso de digitación y listado de asistencia. Actas y listados de Asistencias de las correspondientes reuniones de equipo llevadas a cabo. |
| 11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | La lider de la estrategia Cuidate Sé Feliz del espacio público organiza reunión para la recepción y revisión de los soportes del mes en curso y se consolida semanalmente los datos obtenidos durante la actividad en la matriz digital de Ciudate se Feliz y la entrega de soportes físicos de acuerdo a los requisitos solicitados | Acta y listado de asistencia |
| 12. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. 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). | NO | No aplica para este mes | No aplica para este mes |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $699.137 SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO CC. 52.901.561

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 | 52901561 | CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO | CR 67 N 65 22 SUR | 2099076 | CAROLITOCARACOLITO@GMAIL.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 | | | | |
| 3 | 2018 | 3 | 2018 | I | 15/03/2018 | 25931707 | $242.100 |

## 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 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 100 | 0 | 97.800 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 125.100 | 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 | 19.100 | | | | 19.100 | 1 | 100 | 19.200 | | | 191 | 19.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 97.700 | 97.800 |
| Pensión | 1 | 125.000 | 125.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.100 | 19.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 241.800 | 242.100 |

PAGADA 25931707

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52901561 | CAROLINA SANTOFIMIO DELGADO | | CR 67 N 65 22 SUR | 2099076 | CAROLITOCARACOLITO@GMAIL.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 | | | | |
| 3 | 2018 | 3 | 2018 | N | 20/03/2018 | 26338975 | $139.200 |

## 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 | CONMUTACIÓN | 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 | 52901561 | SANTOFIMIO DELGADO CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.228.200 | 196.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.228.200 | 153.600 | 14-28 | 1.228.200 | 3 | 30.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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