| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CLARA LIZED SARMIENTO VASQUEZ | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52187725 | | | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | LIZEDSARMIENTO@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3193365829 | | | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | DESARROLLO INSTITUCIONAL | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | T08 | 100 | | | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570106831 | | | | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3066-2017 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 10 DE 10 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1729 | FECHA | 25/10/2018 | NÚMERO DE CRP | 45677 | FECHA | 31/10/2018 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO I (EN EL AREA DE RIPS) | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 2018 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.591.000 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | | |

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: | $15.910.000 |
| VALOR EJECUTADO | $15.910.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.591.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.591.000 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1015497787 | $781.242.00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

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

INGENIERA LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Clara Sarmiento
CLARA SARMIENTO
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 DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sede: KENNEDY | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3066-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CLARA LIZED SARMIENTO VASQUEZ | | C. C. | 52,187,725 | | | 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 tecnico I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Revisión y análisis de la información generada por pagador | 100% | Se ingresan los rips por pagador al sistema | Rips cargados al sistema dinamica gerencial |
| Validación y análisis de calidad del contenido de la información. | 100% | Se ingresan los rips al sistema de dinámica Gerencial verificando ya sea con los soportes o por sichok | ingresos a dinámica Gerencial |
| Generación de RIPS de cada cuenta generada a los pagadores en forma mensual | 100% | se generan los rips mensualmente | se cargan en el sistema y luego se les da cumplimiento |
| Solicitar al personal asistencial información relacionada con las actividades y procedimientos realizados que eviten la subfacturación de servicios. | 100% | Se solicita a todas las áreas asistenciales del hospital los formatos o soportes para así poderlos generar en el sistema de dinámica gerencial | a las Personas encargadas se les solicito los soportes |
| Generación de la información teniendo en cuenta la solicitud realizada por áreas del Hospital como estadística, epidemiología, entre otros | 100% | Cuando requieren información se les brinda ya sea a estadística o epidemiologia | se le dio información solo para estadística de enfermería |
| Realizar revisión de codificación de diagnóstico y validación de RIPS en el sistema de información | 100% | se realizo el análisis de la información en los archivos planos teniendo encuenta la normatividad vigente | a todos los rips ingresados 9920 se les hace análisis de información |
| Realizar las diferentes correcciones manuales en la base de datos de RIPS. | 100% | se realizo la corrección de los diferentes errores encontrados en dinámica Gerencial teniendo en cuenta la normatividad vigente | correcciones se hicieron en dinámica Gerencial |
| Revisión, análisis y seguimiento a la información semanalmente | 100% | se alimento la base de datos para este proceso. | se alimenta la base semanalmente en el sistema de dinámica Gerencial |
| Entregar los archivos de RIPS validados según las fechas establecidas por el .F.F.D.S. y EPS Subsidiadas y Contributivas, Entes Territoriales y demás pagadores | 100% | se realizo validación y corrección de RIPS del régimen contributivo, subsidiado y aseguradoras (SOAT) | validaciones se hicieron para así no queden por fuera ya que el sistema aveces no los guarda y correcciones pertinentes a cada uno |
| Solicitar y supervisar ajustes en el sistema aplicativo que permitan generar unos archivo planos de RIPS que cumplan con los requerimientos establecidos. | 100% | se solicito al área de sistemas acompañamiento en la verificación del cierre del RIPS | dos veces se hizo acompañamiento de sistemas |
| Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la coordinación del área. | 100% | se asistió a capacitación coordinada por asdingo para establecer metodología de entrega de RIPS unificados | se asisto a una reunión |
| Avalar mensualmente el cumplimiento de las actividades de los liquidadores. | 100% | Se le informa a los liquidadores que sean ingresados los rips mensualmente | liquidadores se les informo para su que retro alimenten el sistema |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL M/C 1,591,000**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Clara Sarmiento

Fecha : 14/11/2018 Firma de recibido supervisor:

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-13, 07:47:39 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015497787 **Referencia pago(PIN)** 8883333900

**Periodo Cotización** 201810 **Periodo Servicio** 201810

**Cliente:**

## PAGADA 2018-11-02 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLARA LIZED SARMIENTO VASQUEZ | | | | |
| **Documento** | CC 52187725 | **Dirección** | CRA 79 D 53 80 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3132310359 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52187725 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | SARMIENTO VASQUEZ CLARA LIZED | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 781.242 | 230201 | | 16 % | $ 781.242 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 781.242 | $ 97.700 | $ 0 | 14-28 | 3 | 2,436 % | $ 781.242 | $ 19.100 | CCF22 | 2 % | $ 781.242 | $ 15.700 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARP SURA | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 15.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257.500 |

Clara Sarmiento



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!