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:	JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53031853							
CORREO ELECTRONICO:	jherran@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3057706878							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CAPS ZONA FRANCA FO08								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA)FO08				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	U05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380610332								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2538-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11		
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	12	2018		31	12	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.591.000								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	$18.296.566
VALOR EJECUTADO	$17.501.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.591.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$795.566
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
8486635172	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a DICIEMBRE 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA
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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA					Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	2538-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	12	2.018		31	12	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA		C. C.		53.031.853		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 ADMINISTRATIVO 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
1. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día 2. Apoyo a usuario en procesos informativos y entrega oportuna de informes. 3. Digitacion , ajuste, depuración y consolidación de información de base de datos requeridas(colposcopia etc).	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI	1. Se Alimento permanentemente los sistemas de información , oportunidad semanal . 2. Se realiza verificación con Inés Vargas de informe de gestión de especialistas. 3. Se digita base de colposcopias.	1. Se realiza oportunidad 3. Se realiza informe del CAPS semanal
4. Llevar en forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificacion conforme a los establecido por los lineamientos de la Secretaria de Salud y el USS Fontibon. 5. Reportar de manera periodica procesos de mantenimiento preventivo y correctivo. 6. Gestionar la verificación de las cuentas de cobro presentados , para que se realice oportunamente.	4. SI 5. SI 6. SI	4. Se archiva documentos del proceso ambulatorio Intramural en sus respectivo lugar. 5. Se realiza solicitudes por correo de arreglos y pendientes del CAPS ZONA FRANCA. 6. Se realiza verificación de las cuentas de cobro , adiciones y requerimientos.	4. Se archivan los documentos generados en su respectivo sitio. 5. Se reportan por Ticket los daños del CAPS ZONA FRANCA y PAPS 50 . 6. Verifico las cuentas del cobro y adiciones requeridas., se lleva base con valor cobrado mes a mes por cada persona de OPS
8. Velar por el correcto manejo de la Gestion documental de los archivos fisicos y magneticos del proceso. 9. Hacer uso adecuado, oportuna y veraz del sitema de Informacion Institucional. 10. Realizar los informes encomendados por la líder del proceso atencion ambulatoria intramural. 11. Realizar y hacer seguimiento a los pedidos que se realizan en el proceso.	8. SI 9. SI 10. SI 11. SI	8. Se realizo el correcto manejo de la gestión documental de los archivos físicos y magnéticos del proceso. 9. Se Realizo uso adecuado, oportuna y veraz del sistema de información Institucional. 10. Se realizo el informe de horas contratadas por especialistas para realizar informe de gestión. 11. Se realiza pedido de papelería para el CAPS ZONA FRANCA	8. Tengo bajo mi custodia los documentos fisicos y magneticos del proceso. 9. Manejo adecuado de los sistemas de informacion. 10. Realizo informe de horas contratadas de los especialistas. 11. Realizo pedido de papeleria e insumos los 20 de cada mes. 12. Se realiza la programacion de las agendas y se entrega a arturo.
12. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad. 13. Conocer e Interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios.	12. SI 13. SI	12. Participe activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad. 13. Trabaje con principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios.	13. Trabajo teniendo en cuenta los principios y valores de la institucion.
14. Conocer, incorporar y Aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la Implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y control con énfasis en la Acreditación de la Entidad. 15. Realizar informe de ausentismos, costos, consolidar evento adverso, revisión informe de gestión segundo nivel. 16. Apertura de agendas y gestión de novedades con la programacion de las mismas.	14. SI 15. SI 16. SI	14. Se aplico las herramientas impartidas por el Hospital para la Implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y control con énfasis en la Acreditación de la Entidad. 15. Realice informe de ausentismos, Capacidad instalada, costos, consolidar evento adverso, revisión informe de gestión segundo nivel. 16. Se realiza apertura de agendas de los diferentes especialistas, se realiza reprogramación de agendas de especialistas por calamidades o permisos autorizados por la Dra Liliana castiblanco.	15. Se realiza informe de ausentismos, capacidad instalada, consolido eventos adversos por el aplicativo almera. 16.Se realiza la programacion de agendas y envio de estas a arturo para su apertura.
17. Asistencia clinica al profesional que lo requiera(gastroenterologia, colposcopias, etc). 18. Apoyo logistico en reuniones de ULG, Acreditación etc. 19. Realizar los informes encomendados por la líder del proceso atencion ambulatoria intramural.	17. NO 18. SI 19. SI	18. Apoyo logistico en reuniones de ULC, Acreditación etc 19. Se realizo el informe de horas contratadas por especialistas para realizar informe de gestión.	18. Apoyo en la logistica de las reuniones programadas en la institucion. 19. Se responde quejas, se realiza notificaciones de falas , de equipos, problemas de sistemas , y problemas de infraestructura por la mesa de ayuda.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.591.000 Un millón quinientos noventa y un mil pesos.

Johanna C Herran Ariza

JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA CC: 53031853

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que HERRAN ARIZA JOHANNA CATHERINE identificado(a) con CC 53031853 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA identificado(a) con CC 53031853

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8486635172	86635172	I	2018-12-06	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$781,242	12.5%	$97,700
8486635172	86635172	I	2018-12-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$781,242	16%	$125,000
8486635172	86635172	I	2018-12-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-11	30																		$781,242		$0
8486635172	86635172	I	2018-12-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-11	30																		$781,242		$0
8486635172	86635172	I	2018-12-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-11	30																		$0	0%	$0
8486635172	86635172	I	2018-12-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-11	30																		$0	0%	$0
8486635172	86635172	I	2018-12-06	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-11	30																		$781,242	2.436%	$19,100

Este certificado se expide el día 2018-12-11 a las 09:49.

PAGADO