

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				12	
NÚMERO DE CDP		1990 26	FECHA	13/12/2018 10/1/2019	NÚMERO DE CRP		49731 9510	FECHA		17/12/2018 15/1/2019			
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	1	2019		31	1	2019		
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:								\$19.092.088					
VALOR EJECUTADO								\$19.092.000					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.591.000					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$88					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
8487194971	\$781.242	\$97.655	\$124.999	\$3	\$19.031	\$241.685							
Dado en Bogotá a ENERO 2019. 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									

Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA		Sede: FONTIBON								
No. DE CONTRATO:		2538-2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JOHANNA CATHERINE HERRAN ARIZA		C. C.		1	1	2.019		31	1	2.019
						53.031.853		DE		Bogota		

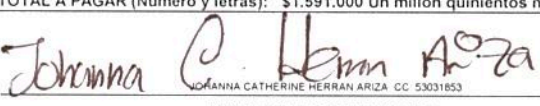
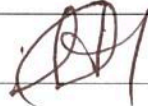
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TECNICO ADMINISTRATIVO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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. Digitación , 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 informe de ausentismos
4. Llevar en forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificación 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 lider 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 fisicos 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 papeleria 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. Participo activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad. 13. Trabajo 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 programación 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 lider 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 CATHERINE HERRAN ARIZA C.C. 53031853 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Telefono	Exonerado SENIA e KBF	
CC 53031953		HERRAN ARIZA JOHANA CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NR 104 vs 230-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4155187	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago			
2018-12	2018-12	1000000000	848714971	1	2018/01/15	2018/12/28	Banco	Dias Mora	Valor
							BAHCO BOGOTA	0	\$241.800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Numero	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte
1	CC 53031953	HERRAN JOHANA	230201	30	\$781,242	\$125,000	075006	30	\$19,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Telefono	Exonerado SENA e KCB
CC 30031853		HERNANDEZ JOHANNA CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AR 104 y 230-75	BOGOTA BOGOTA D.T.	4155187	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
PORVENIR	210301	800,224,808	8	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,100	\$0	\$0	\$19,100
ARP SURIA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$19,100	\$0	\$0	\$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
COMPENSAR	EP0008	860,046,942	7	1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
TOTAL				1	\$241,800	\$0	\$0	\$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	210101	800,224,808	8	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SUPA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$19,100	\$0	\$0	\$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
COMPENSAR	EP0008	840,066,942	7	1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
TOTAL				1	\$241,800	\$0	\$0	\$241,800