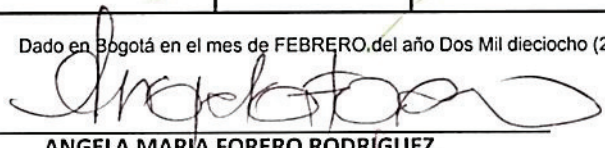


6038-7097

 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 Fecha de aprobación: 09/11/2016 Código: 15-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Salud			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1032477228		
CORREO ELECTRONICO:				tifanni.florez@gmail.com			CELULAR:		3163584893		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				PA 14							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC		SEDE:		sede administrativa 1 - bosa			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K10	2	K12	41	K23	10	K13	24		
								K14	17		
								K16	6		
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA S.A.		TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				04584421971				PENSIONADO No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0611 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1 DE 2			
NÚMERO DE CDP		32		FECHA		12/01/2018		NÚMERO DE CRP			
						8283		FECHA			
								31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 y al contrato inter administrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud y la E.S.E.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO	
						1		2		2018	
								HASTA		DIA	
										28	
										2	
										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:								\$6.141.310			
VALOR EJECUTADO								\$3.070.655			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.070.655			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$3.070.655			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								50%			
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8476030531	\$1.228.262,00	\$153.600	\$196.600	3	\$30.000	\$380.200					
Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

CUENTA DE COBRO

1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

NIT 900.959.048-4

DEBE A

STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO

CC. N°

1032477228

Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0611 - 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
TOTAL: 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

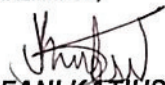
A consignar el valor correspondiente

EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 04584421971
DEL BANCO: BANCOLOMBIA S.A.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	2%	\$ 61.413
K12	41%	\$ 1.270.779
K23	10%	\$ 297.617
K13	24%	\$ 736.957
K14	17%	\$ 519.649
K16	6%	\$ 184.239
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	0%	\$ -
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 3.070.655

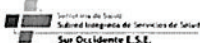
	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44.603.000)		X

CORDIALMENTE,


STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO

CC. N° 1032477228 Bogota
TELEFONO CELULAR No 3163584893

tifanni.florez@gmail.com

	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:	SALUD PUBLICA		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	0611 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO		C. C.	1.032.477.228			DE	BOGOTA	

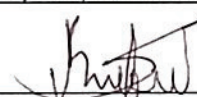
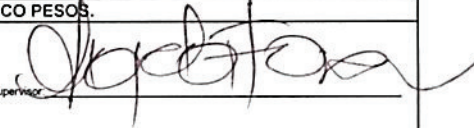
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se realizo el agendamiento de as citas y direccionamiento a los usuarios de las mismas. Direccionamiento a los gestores de salud en campo	actas de agendamiento en los paps asignados
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-Subred Sur Occidente Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	se realiza acompañamiento seguimiento y veracidad de las visitas realizadas por los gestores en la localidad	actas de acompañamiento
caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	SI	se realizo programación de las actividades a desarrollar durante el mes de FEBRERO	programación de actividades
participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras), tanto programadas por la ESE o la Subred Suroccidente o contempladas en el plan de acción del espacio asignado	SI	Se realizo una jornada en la localidad de Bosa	Acta del día de la jornada
realizar la inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones a los servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS	SI	Se realizo el seguimiento a usuarios que se les asigno la cita	seguimiento de usuarios
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega de soportes a la líder operativa	Actas de entrega
Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos	SI	se presentan soportes organizados a la líder operativa de la localidad	Actas Correos
Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	se presentan soportes organizados a la líder operativa de la localidad	Actas de entrega
Velar por el buen uso de los equipos y elementos suministrados por la institución	SI	se hace buen uso de los elementos	Buen uso de los mismos
Dar respuesta oportuna a quejas, reclamos o derechos de petición tanto internos como externos correspondientes a su actividad	SI	No aplica para este mes	

OBSERVACIONES:

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

 CONTRATISTA: <u>Stefani Katiusca Florez Trujillo</u> NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL <u>C.C. 1032477228</u>	 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	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 103247728		FLOREZ TRUJILLO STEFANI NATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72H No. 56a - 21sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7794074	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor		
2018-02	71501727	8476030531	1	2018/02/07	2018/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0		
							\$380,200		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	Aporte
1	CC 103247728	FLOREZ STEFANI	230201	30	\$1,228,262	\$196,600	EP5017	30	\$1,228,262	\$153,600		0		\$0		14-28	30	\$1,228,262	\$30,000	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,228,262	\$196,600			\$1,228,262	\$153,600				\$0	\$0		\$1,228,262	\$30,000		\$0	\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$196,600	\$0	\$0	\$196,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$196,600	\$0	\$0	\$196,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$30,000	\$0	\$0	\$30,000	
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$30,000	\$0	\$0	\$30,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$153,600	\$0	\$0	\$153,600	
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$153,600	\$0	\$0	\$153,600	
TOTAL				1	\$380,200	\$0	\$0	\$380,200	