

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	1	
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				52772363				
CORREO ELECTRONICO:				jmarcelalopez@gmail.com				CELULAR:				3125084948			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FONTIBON 009							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA				SEDE:				Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K29	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24036442894				PENSIONADO				NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0554-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP		699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP		18566	FECHA	28/03/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADIDAD 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	4	2018			30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.747.240							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				\$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.

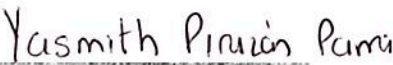
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$11.241.720
VALOR EJECUTADO	\$11.241.720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

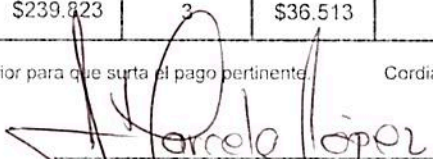
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
327531464	\$1.498.896,00	\$187.362	\$239.823	3	\$36.513	\$463.698

Dado en Bogotá el mes de ABRIL del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA

ABRIL

2018

CUENTA DE COBRO

3

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO

CC. N

52772363

Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0554-2018 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 SETESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS
CUARENTA PESOS

TOTAL: \$ 3.747.240

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 24036442894

DEL BANCO: CAJA SOCIAL

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	0%	
K23	0%	
K13	0%	\$ -
K14	0%	
K16	0%	
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K29	100%	\$ 3.747.240
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 3.747.240

	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	

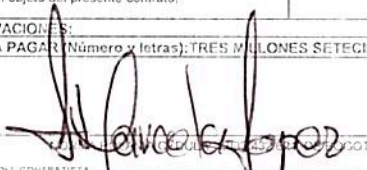
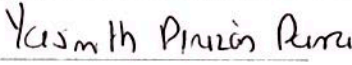
CORDIALMENTE,

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO

CC. N° 52772363 Bogota

TELEFONO CELULAR No 3125084943

email:jmarcelalopez@gmail.com

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FD-0003	
Ubicación del Servicio:		SALUD PUBLICA		Sede: FONTIBON	
No. DE CONTRATO:	0554-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	4	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO	C. C.	52.772.363	BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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 ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
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-ESE	SI	Durante el mes de Abril se llevan a cabo acciones como profesional de apoyo del espacio educación respecto a Elaboración de informe trimestral, validación adición de marzo, reunión de articulación con secretaría de educación, elaboración matriz acciones por terminar, elaboración y revisión tablero de control, distribución y entrega de meta, elaboración de plan de mejora, reunión de articulación con equipo de análisis y participación en grupos funcionales de infancia.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.		
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras). Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.	SI	Se participo para este mes en la jornada de vacunación de las Américas el día 21 de Abril de 2018.	Listado de asistencia		
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	SI	Se da cumplimiento a las acciones designadas como profesional de apoyo con ética institucional y profesional, respecto a la elaboración de productos requeridos para el mes.	Ninguno		
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se da cumplimiento a las acciones designadas como profesional de apoyo con ética institucional y profesional, respecto a la elaboración de productos requeridos para el mes.	Ninguno		
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaría.	SI	se realiza el respectivo alistamiento de soportes de las acciones desarrolladas y la preauditoría de soportes de las profesionales del espacio educación. De igual manera se cumple con el cuidado y uso racional de los recursos.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.		
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SI	No se presentó ningún caso para notificar durante este mes.	Ninguno		
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Para el mes de Abril se realizaron 6 seguimientos en colegios	Ninguno		
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	SI	Se participo en la reunión de veeduría realizada por la subred el día 10 de Abril de 2018.	Listado de asistencia		
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se genera el cumplimiento de actividades como profesional de apoyo del espacio educativo, teniendo en cuenta las responsabilidades asignadas con los equipos de colegios.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.		
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado	SI	Se lleva a cabo la recepción de productos del mes, de los profesionales del espacio educación, conservándolos en la AZ correspondientes y realizando las respectivas observaciones según el caso con cada uno de los profesionales del equipo educación.	Actas diligenciadas, listados de asistencia, fichas en medio magnetico.		
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del espacio asignado	SI	Se realiza entrega de soportes según plan de acción establecido en el mes - matriz 1186.	Magnetico matriz 1186		
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se realiza reunión mensual de equipo educación el día 27 de Abril, Asistencia técnica de la SDS el día 13 de Abril, el fin de poder avanzar en la finalización de acciones en las instituciones educativas.	Listado de asistencia		
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)	SI	Línea técnica a los equipos, revisión de acciones y cumplimiento según lo programado.	Ninguno		
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se salvaguarda la imagen institucional guardando el buen nombre de la subred integral de los servicios de salud sur occidente ESE y de sus unidades de prestación de servicios de salud.	Ninguno		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE. (\$ 3.747.240)					
		Fecha: _____ Supervisor: 			
FIRMA DEL CONTRATISTA					
Nota: El informe para su aprobación estará sujeta a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligenciar el área o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligenciar la sede donde presta sus servicios

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORATOTAL APOSTES DEL SEMBRO A MRE Y SEMANÚMERO DE ADMINISTRADORAS DEPORTIVASTOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS LABORALESTOTAL APORTES DEL PERSONO A MIN. EDUCACIONTOTAL APORTES DEL PERIODO A ESTAR

TOTAL A PAGAR		
VALOR	DIAS MORA	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE BELLINUM Y ROSA	VALOR TOTAL
PENSIONES	240.000	240.000
SALUD	187.500	187.500
RIESGOS LABORALES	30.600	30.600
CCF	0	0
SENA	0	0
PCBF	0	0
CEMAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
TOTAL	458.100	458.100

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