

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Sur Occidente E.S.E.
			Fecha de aprobación	9/11/2018	
			Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUCIANA VELASCO CHAVEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				35528021				
CORREO ELECTRONICO:				luciana.velasco.ch@gmail.com				CELULAR:				3138917512			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09 Fontibón							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				VSP				SEDE:				Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K32	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7590387176				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0541-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	20018	FECHA	30/04/2018
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 EPIDEMIOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.					

PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	5	2018		30	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.747.240							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		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.

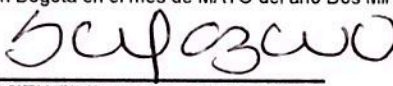
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$14.988.960
VALOR EJECUTADO	\$14.988.960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
27055216	\$1.498.896,00	\$187.362	\$239.823	3	\$36.513	\$463.698
27675943						

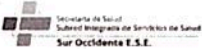
Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:



LUCIANA VELASCO CHAVEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	M-02-FO-000	

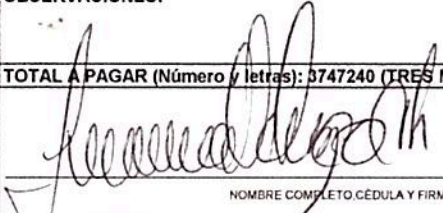
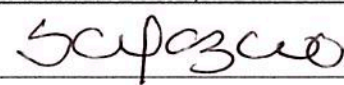
Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA NO TRANSMISIBLES -SUR				Sede: ANTIGUO CADE				
No. DE CONTRATO:	0541-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2018		30	5	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUCIANA VELASCO CHAVEZ				C. C.	35.528.021	DE	FACATATIVA	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Epidemiólogo 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
1. Elaborar el plan de acción correspondiente al proceso manejado y participar de la elaboración del plan de acción de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública	SI	Se realizó ajuste al plan de acción a la vigilancia epidemiológica de las ECNT para la vigencia ajustando acciones al mes de abril.	Matriz de plan de acción ajustado consolidado y ajustado
2. Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversión correspondiente, de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud)	SI	Apoyo al informe de matriz 1166 mes de abril.	Consolidación informe Matriz 1166 no transmisibles, matriz poblacional y ajustes según el nivel central
3. Analizar, depurar y mantener actualizada la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica bajo su responsabilidad cumpliendo con criterios de calidad, generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) periódicamente.	SI	Se realiza verificación de la calidad de las bases de datos de componente	Verificación de las bases de SIVISTRA, SISVESO Y DISCAPACIDAD
4. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	SI	Reunión de equipo No Transmisibles, reunión de disponibilidad y VSP	14/05/2018 acta y listado de asistencia 17/05/2018 Acta y listado de asistencia 17/05/2018 Acta y listado de asistencia
5. Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado	SI	Programación y acompañamiento de Unidades de análisis componente de crónicos	Seguimiento a las unidades de análisis de Crónicos 28/05/2018 y 30/05/2018, asistencia unidad de análisis institucional caso de desnutrición Yair Alexis Cruz Aguirre 16/05/2018
6. Coordinar, articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área, del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés.	SI	Verificación de soportes de activación de rutas	Verificación de soportes de activación de rutas.
7. Realizar la orientación y asistencia técnica a la UPGD con el conocimiento e información correspondiente al Sistema de Vigilancia asignado según programación y necesidad.	SI	Seguimientos a punto fijo de discapacidad, articulaciones con RBC y SIVISTRA	04/05/2018, 22/05/2018 y 23/05/2018. Acta y listado de asistencia
8. Elaborar las actas, informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad	SI	Elaboración de consolidación de informe trimestral VSP, derechos de petición, Anuario no transmisibles	Documento y oficios.
9. Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública cuando se requiera de acuerdo a programación en forma integral y oportuna.	SI	Informe final brote de ERA Jardín Infantil Villa Rica Localidad de Kennedy y seguimiento del mismo	24/05/2015 documento y envío del informe al nivel central
10. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la institución y la Secretaría Distrital de salud, o cualquier otra entidad que sean de estricto cumplimiento.	SI	Conversatorios de calidad	Listado de asistencia 04/05/2018 y 11/05/2018
11. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal.	SI	Verificación de productos y cumplimiento subsistema Discapacidad, Crónicos: SISVESO y DISCAPACIDAD.	Acta por componentes de SIVISTRA, DISCAPACIDAD, CRÓNICOS Y SISVESO
12. Realizar pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente brindando acompañamiento técnico a cada uno de los operativos y generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Verificación de soportes de facturación y auditoría	Actas por componentes: SIVISTRA, DISCAPACIDAD, CRÓNICOS Y SISVESO
13. Participar en la formulación, elaboración y desarrollo de investigaciones de carácter científico sobre los eventos específicos y población de estudio en la localidad, analizando las variables de salud, condiciones socio económicas, culturales y ambientales para direccionar las acciones en salud pública (artículos, boletines.)	NO	No programado para este mes.	No se generan soportes.
14. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad.	SI	Autocontrol de productos.	Archivo físico y magnético de la operación del subsistema No transmisibles.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3747240 (TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE)

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: _____	35528021 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	35528021	LUCIANA VELASCO CHAVEZ		CR 10 b 3-40 sur	4860908	luciana.velasco.ch@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	N	22/05/2018	27675943	\$19,200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria
EPS003	Compañía EPS	860066942-7	7.400

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	15	100	0	7.500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION		
Código AFP	Nombre	Coligación Obligación
230301	Pensioner	8002246/05-8 0.500

	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliado
n ia	0	0	0	0	15	200	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-28	ARP Sura	800256164-9	1.500

Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor										
			1.500	15	100	1.600			15	1.600	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	850066942-7	300	15	100	400
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y More	Total a Pagar
Salud	1	7.400	7.500
Pensión	1	9.500	9.700
Riesgos Laborales	1	1.500	1.500
CCF	1	300	400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	18.700	19.200

TIPO		DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	CIUDAD / MUNICIPIO		
			NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO						
UNICA	I – Independiente	35525921	LUCIANA VELASCO CHAVEZ		CR 10 b 30 C 40 sur	46609908	luciana.velasco.ch@gmail.com			
				</						

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	N	22/05/2018	27875943	\$19,200

[illegible]

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	3552821	LUCIANA VELASCO CHAVEZ	CR 10 b 30 C 40 sur	4960903	luciana.velasco.ch@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	04-05/2018	27055216	\$454.200

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	35320321	LUCIANA VELASCO CHAVEZ		CR 10 b 30 C-40 sur	4960908	luciana.velasco.cr@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	I - Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD				
MES	AÑO	MES	AÑO			
5	2018	5	2018	I	27055216	\$454,200

[illegible]