

6038-6978

 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 TESORERÍA	Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. JUNIO 2018 Alcaldía Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1015994400				
CORREO ELECTRONICO:				pao.22.sandoval@hotmail.com				CELULAR:		3208642713			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SU40									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		Sur			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K10	63%	K12	31%	K13	6%						
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				59695954225				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0489-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9201	FECHA	31/01/2018

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 DIGITADORA 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. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
		1	2	2018		28	2	2018

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.232.426
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:	\$2.464.852
VALOR EJECUTADO	\$1.232.426
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.232.426
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.232.426
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8669053375	\$781242	\$97.655	\$124.999	3	\$17.921	\$240.575

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

Jenny Andrea Alfonso B
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola Andrea Viafara Sandoval
PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Jenny

BOGOTA, D.C. FEBRERO

2018

CUENTA DE COBRO

1

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

NIT 900.959.048-4

DEBE A

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL

CC. N°

1015994400

BOGOTA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0489-2018 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:

UN MILLON DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS
VEINTY SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE

TOTAL: \$ 1.232.426

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 59695954225

DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJ E %	VALOR
K10	63%	\$ 741.973
K12	31%	\$ 370.987
K23	0%	\$ -
K13	6%	\$ 119.466
K14	0%	\$ -
K16	0%	\$ -
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	0%	\$ -
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 1.232.426

	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,

*Paola andrea Viafara***PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL**

CC. N° 1015994400 BOGOTA

pao.22.sandoval@hotmail.com

TELEFONO CELULAR No. 3208642713

	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: PUENTE ARANDA						
No. DE CONTRATO:	0489-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL		C. C.	1.015.994.400			DE	BOGOTA	

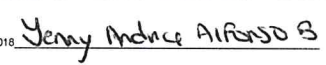
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como DIGITADORA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

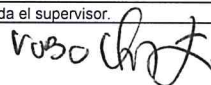
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.	si	Se da cumplimiento a las actividades asignadas por el Jefe inmediato con la calidad , oportunidad y pertinencia esperada de acuerdo al manual técnico administrativo PAI	se acepta y se firma el manual de convivencia
digitación de los registros de vacunacion de la estrategia extramural	si	SE DIGITAN LOS REGISTROS DIARIOS DE VACUNACIÓN DEL GRUPO EXTRAMURAL Y DE ACUERDO A CADA ESTRATEGIA DE LA SUBRED 500 REGISTROS DEL ESQUEMA REGULAR Y 350 REGISTROS ADULTO DE PUENTE ARANDA Y KENNEDY, Y OTRAS CONCENTRACIONES HASTA LA FECHA FIEBRE AMARILLA 180 REGISTROS INGRESADOS A LA FECHA	SE HACE EL REGISTRO MEDIANTE LOS SIS Y KARDEX DE LO VACUNADO POR EL GRUPO EXTRAMURAL PAI
actualización en el software los registros de vacunacion de la estrategia extramural	si	SE ACTUALIZAN LOS CARNET DE LOS NIÑOS EN EL SOFTWARE DE LA SECRETARIA DE SALUD	SE REALIZA EN APLICATIVO LAS ACTUALIZACIONES DE CARNET DE VACUNACION
diligenciament del formato 8 (no ingreso) para consolidado de fin de mes	si	SE DILIGENCIA EL FORMATOS DEL MOTIVO DE LOS NO INGRESADOS.	SE DA CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 8
Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	HAY OBSERVACIONES ALGUNAS FALLAS DE CALIDAD DEL DATO COMO EL NUMERO DE IDENTIFICACION ERRORES TACHONES. Y EN OCASIONES FALTA INFORMACION EN LOS SIS, SE ASISTION A LA REUNION DE DATOS DE LAS INFORMACION A CARGO DE LA TECNICO ADRIANA GUTIERREZ	se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan oportunamente anomalías
Asistir a reuniones programadas locales y distritales	SI	SE ASISTIÓ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL GRUPO EXTRAMURAL COMITÉ PAI	Programado para final de mes.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	SE CUMPLE ACAVALIDAD	SI SE CUMPLIO
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	SI	SE CUMPLE ACAVALIDAD	SI SE CUMPLIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.232.426 UN MILLON DOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS

 PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL CC 1.015.994.400	Fecha : Firma de recibido supervisor_ FEBRERO 2018 
---	--

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.



RAZON SOCIAL :	PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL
IDENTIFICACION:	CC-1015994400
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-02-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-02-07
FECHA DE PAGO:	2018-02-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-02
PERIODO SALUD:	2018-02
NUMERO PLANILLA:	8669053375
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8679976089
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	\$ 400	\$ 97.700	\$ 98.100
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 600	\$ 125.000	\$ 125.600
14-28	800256161	ARL SURA	1	\$ 100	\$ 19.100	\$ 19.200
Total a pagar				\$ 1.100	\$ 241.800	\$ 242.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/03/2018
----------------------------------	------------