	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39,766,240							
CORREO ELECTRONICO:	doriscasallas2009@hotmail.com				CELULAR:	3227674176							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					DESARROLLO INSTITUCIONAL								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GERENCIA DE LA INFORMACION				SEDE:	PAPS ASUNCION BOCHICA 36							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
			SU37	100									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570009070230025										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO- 1243/2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de3				
NÚMERO DE CDP	155	FECHA	17-ene-19	NÚMERO DE CRP	12855	FECHA	31-ene-19				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ESTADISTICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE AUCERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2019		31	3	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$3.972.075
VALOR EJECUTADO	$2.648.050
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.324.025
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $ **2'070.290**, 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
4265814757	**$828.116**	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

Dado en Bogotá en MARZO del año Dos Mil diezcinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Liliana Rios Velandia

DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Gestion de Informacion				**Sede: PAPS ASUNCION BOCHICA**					
No. DE CONTRATO:	SO-1243/2019	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.019		31	3	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO		**C. C.**	39,766,240			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ESTADISTICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	**PROGRAMADO**	se realizo archivo y custodia de historias según normatividad vigente	ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS , PARA FACTURACION Y AUTORIZACIONES DE USUARIOS
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	**PROGRAMADO**	RECOLECCIÓN VERIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES ÁREAS POR PUNTO DE ATENCIÓN	CUMPLIR MENSUALMENTE CON LA ENTREGA DE INFORME SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA EL MES
3. Participar en la programación de las actividades del área.		PARTICIPACION EN INDUCCION DE ARCHIVO DOCUMENTA FRENTE A REALIZACION DE INVENTARIOS DE LAS UNIDADES	INDUCCION POR GESTION DOCUMENTAL
4. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	**PROGRAMADO**	Verifique los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación.	Completar la digitación de Rips de cada profesional de los servicios de (medicina,odontologia y enfermeria por el nuevo sistema
5. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	**PROGRAMADO**	MANTENER UNA ACTITUD RESPETUOSA Y HUMANA FRENTE A LOS USUARIOS Y A LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO	SE BRINDA UNA ATENCIÓN CALIDA CON EL USUARIO Y TRABAJAMOS EN EQUIPO CON NUESTROS
6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de	**PROGRAMADO**	se presenta informe de actividades y certificacion de cumplimiento al supervisor del contrato	SE CUMPLE CONFORME A LO QUE RIGE la subred suroccidente
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	**PROGRAMADO**	se da un uso racional de los SUMINISTRO entregados por la subred suroccidente	ENTREGA DE LOS INSUMOS SUMINISTRADOS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE EL FUNSIONAMIENTO DE LA UNIDAD
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	**PROGRAMADO**	participe en las capacitaciones virtuales programadas por la subred suroccidente	se realizaron las encuestas programadas por la subred suroccidente
9. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los	**PROGRAMADO**	Cumpli con el manual de procesos y procedimientos de la Institución.	Se cumple con los procesos y procedimientos vigentes de la entidad
10. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	**PROGRAMADO**	Brinde trato humano, etico y calido con el cliente interno y externo de la institucion	Se cumple con brindar el trato ético y cálido a usuarios y compañeros del PAPS
11.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la realización de las actividades de acuerdo con el sistema de información de la Subred	**PROGRAMADO**	RECOLECCIÓN VERIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES ÁREAS POR PUNTO DE ATENCIÓN	CUMPLIR MENSUALMENTE CON LA ENTREGA DE INFORME SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA EL MES
12. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	**PROGRAMADO**	ADELANTAR LOS TRAMITES REQUERIDOS PARA LA PRESENTACION DE LAS CUENTAS DE COBRO AL AREA FINANCIERA	SE APORTAN SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE LOS PAGOS REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL PREVIA VERIFICACION Y AVAL DEL SUPERVISOR
13.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. ".	**PROGRAMADO**	cumplimiento de las demas actividades objeto del contrato programadas por la subred suroccidente	Se cumple con los procesos y procedimientos vigentes de la subred suroccidente

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un Millón Trescientos Veinticuatro mil veinticinco Pesos Moneda Corriente ($1.324.025.oo)

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : _____/_____/_____

Firma de recibido supervisor:_____

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,324,025 UN MILLON TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL CERO VEINTICINCO MIL PESOS

Doris Casallas

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 39766240

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.

VOS KRA. DEL PARQUEADERO.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39766240
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			DORIS LILI CASALLAS CASTIBLANCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 2 A - 137 - 64 SUR	TELEFONO:	2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4265814757	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2019	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	febrero	AÑO	2019
DIAS DE MORA:	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/03/11	NUMERO AUTORIZACIÓN:	9993755230						

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 0**	**$ 132.500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 103.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 20.200
SUBTOTALES:									**$ 20.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 20.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 39766240	CASALLAS CASTIBLANCO DORIS LILY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 828.116			NO

NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
	25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
	EPS017-FAMISANAR	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600

SEGURIDAD SOCIAL – ARP	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
	14-11 - ARL SURA	30	$ 828.116	830077444	$ 20.200

PARAFISCALES	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 256.300