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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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.	39766240							
CORREO ELECTRONICO:	doriscasallas2009@hotmail.com				CELULAR:	3227674176							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional				SEDE:	kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40T08	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIENDA				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			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	155	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	12855	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo alas necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2019		30	4	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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	$3.972.075
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
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 $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
4270462931	$828.116,00	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de abril del año Dos Mil Diez y nueve(2019)anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

P/ N. Sur (e)

Liliana Ríos Velandía
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DORIS LILI CASALLAS CASTIBLANCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

V°B° Ma. del pilar Ovello

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	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	4	2.019		30	4	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	cúmplimiento 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:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

N. Eu (e)

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

V°B° Ma. del Pilar Castillo.

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4270462931**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2019
DÍAS DE MORA:				3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2019/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994287841

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 132.500	$ 300	$ 132.800
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 300**	**$ 132.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 300	$ 0	$ 103.600	$ 300	$ 0	$ 103.900
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 103.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300
SUBTOTALES:									**$ 20.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 20.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39766240	CASALLAS CASTIBLANCO DORIS LILY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 828.116				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS017-FAMISANAR	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 828.116	830077444	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 257.000