CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

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	%
			SU40T08	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		6 de 6	
NÚMERO DE CDP	813	FECHA	21-jun-19	NÚMERO DE CRP	28693	FECHA	30-jun-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	7	2019		31	7	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:	$7.944.150
VALOR EJECUTADO	$7.944.150
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
4284237175	**$828.116**	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

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

ELIANA IVONTH HURTADO SEPULVEDA
JEFE OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL €

DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

V°B°No. de Proyecto

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	7	2.019		31	7	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

Firma de recibido supervisor: ELIANA IVONTH HURTADO SEPULVEDA; Jefe de Oficina de Desarrollo Institucional E

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

V°B° Mar del Pilar Quelbott

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 RAZÓN 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:	4284237175	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2019				
DIAS DE MORA:	5						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995634439				

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	$ 500	$ 0	$ 132.500	$ 500	$ 133.000
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 500**	**$ 133.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 400	$ 0	$ 103.600	$ 400	$ 0	$ 104.000
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 104.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO 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	COTIZACIÓN	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

TOTAL	$ 257.300