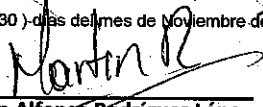
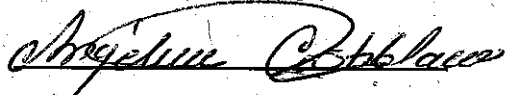


70704

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANGÉLICA MARÍA CASTIBLANCO VARGAS											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52,172,367						
CORREO ELECTRÓNICO:				angema73@hotmail.com				CELULAR:		3007923673					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				ARCHIVO CENTRAL											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Gestión Documental				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		SU37R35	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				No. 004870423169				PENSIONADO		No.					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3450-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		10 DE 10					
NÚMERO DE CDP		1487		FECHA		24/10/19		NÚMERO DE CRP		49409		FECHA		31/10/19	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como técnico 1 dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	11	2019			30	11	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,685,925											
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				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:								\$16,859,250							
VALOR EJECUTADO								\$16,859,250							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,685,925							
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
8498660656	\$828.116	\$103,600	\$132,500	3	\$20,200	\$256,300									
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Noviembre del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 Martín Alfonso Rodríguez López NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 Angélica María Castiblanco Vargas NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA							

Andrés

30-Nov-2009.

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 5172387		CASTIBLANCO VARGAS ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 516 Bis Sur No 78F - 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7518137	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	46048394	3498640055	1	2019/11/19	2019/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			NOVEDADES					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombre	Ingreso de capital	Ingreso por venta de acciones	Ingreso por venta de bienes raíces	Ingreso por venta de valores	Código	Días	Aporte	IBC	Días	Aporte	IBC	Días	Aporte	IBC	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																						
1	JCC	\$2772367					200001	30	\$828,116	\$132,500		\$0	\$0		\$0	\$828,116		\$0		\$256,300		
Total Afiliados(1)																						
									\$828,116	\$132,500		\$0	\$0		\$0	\$828,116		\$0		\$256,300		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC-53172367		CASTIBLANCO YARGAS ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 58B Bts Sur No 78F- 24	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7518137	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Penstón	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-10	2019-10	460-4894	849606036	1	2019/11/19	2019/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$236,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDO DE INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,225,739	0	1	\$132,500	\$0	\$0	\$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,003,790	5	1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600
TOTAL				1	\$256,300	\$0	\$0	\$256,300

 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	 ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Salud
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANGÉLICA MARÍA CASTIBLANCO VARGAS									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.			52.172.367			
CORREO ELECTRONICO:				angema73@hotmail.com			CELULAR:			3007923673			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							ARCHIVO CENTRAL						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Gestión Documental				SEDE:			Kennedy		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU37R35	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				No. 004870423169				PENSIONADO			No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3450 -2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				11 DE 11	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP				FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como tecnico 1 dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	12	2019		31	12	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.685.925									
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				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:	\$18.545.175
VALOR EJECUTADO	\$18.545.175
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.685.925
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

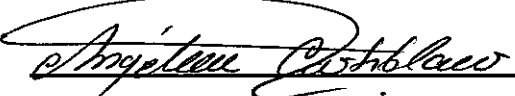
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

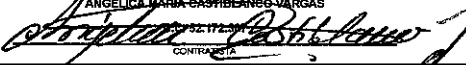
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9400374958	\$828.116	\$103.600	\$132.500	3	\$20.200	\$256.300

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Diciembre del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


Martín Alfonso Rodríguez López
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


Angélica María Castiblanco Vargas
 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: 3 Fecha de aprobación: 12/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	 ALAMEDA MAYOR DE MEDILLAN
Ubicación del Servicio: ADMINISTRATIVA		Sede: GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DE CONTRATO: 3450-2019		Periodo certificado desde el		Día 1 Mes 12 Año 2.019	Día 31 Mes 12 Año 2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGÉLICA MARIA CASTIBLANCO VARGAS		C. C. 52.172.367		DE Bogotá	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
a) Específicas. 1. Apoyar en archivar y clasificar archivo de las historias clínicas, auxilios y el área financiera. 2. Realizar la organización, foliado, escaneado o digitalización. 3. Verificar y controlar el préstamo de las historias clínicas en los libros. 4. Clasificar y ordenar los documentos a su cargo conservándolos físicamente. 5. Realizar la depuración de las TIC para enviar al archivo central. 6. Llevar los indicadores claves de las actividades realizadas, presentando la consolidación. 7. Mantener el archivo organizado de acuerdo a lo establecido. b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía, el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (dignidad humana, moral y ética) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento interno, Código o Decretos internos de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales. 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelanta la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades. 6. Otorgar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. El incumplimiento de esta obligación o la falencia en la misma será causal de terminación del contrato. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incumplir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directores internos. 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Admitir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico a sufragar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que dañe sin el consentimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento ético, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la atención médica. 17. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no constituir el último servicio recibido. 18. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos pasivos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. 19. Cumplir con los planes de emergencia institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato. 20. Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgentes y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Dietetólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesionales Médicos y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada. 21. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.		100%	Ajuste Cuadros de Caracterización Documental con las TRD.		Ajuste de los Cuadros de Caracterización con las TRD: *Despacho del Gerente *Oficina Desarrollo Institucional *Oficina Control Interno *Oficina Asesora de Comunicaciones *Dirección de Servicios Hospitalarios *Oficina Gestión del Conocimiento *Oficina de Calidad *Oficina de Control Interno Disciplinario *Oficina de Sistemas de Información - TIC. *Dirección del Servicio de Urgencias *Dirección de Servicios Complementarios *Dirección de Gestión del Riesgo en Salud *Dirección de Gestión del Talento Humano *Dirección de Servicios Ambulatorios *Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
TOTAL A PAGAR: (Número y letras): \$1.685.925		Un Millon Seiscientos Ochenta y Cinco Mil Novecientos Veinticinco pesos m/cte.			
ANGÉLICA MARIA CASTIBLANCO VARGAS  CONTRATISTA		 FIRMA RECIBIDA DEL SUPERVISOR			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52172387		CASITILANCO VARGAS ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 591 Bis Sur No 78F - 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7518137	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2019-11	00374958	I	2019/12/16		BAICO AV VILLAS	0	\$256,300		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)																									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									
1	CC 52172387	CASITILANCO ANGELICA	330201	30	\$828,116	\$132,500	EP5017	30	\$828,116	\$103,600		0		\$0		14-11	30	\$828,116	\$20,200		0		\$0		
Total Afiliados(1)					\$828,116	\$132,500			\$828,116	\$103,600				\$0				\$828,116	\$20,200				\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase - Portante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 87172367		CASIBLANCO VARGAS ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 581 Bte Sur No 78F - 24	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7518137	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2019-11	00374958	9400374958	1		2019/12/16	2019/12/06	BANCO AV VILLAS	0	\$256,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$132,500	\$0	\$0	\$132,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600	
TOTAL				1	\$256,300	\$0	\$0	\$256,300	