

G038-7166 Planilla OK

No este es buen OK

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código	15-02-FO-0002

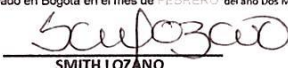
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO		53129151				
CORREO ELECTRONICO:		gvicovida02@gmail.com				CELULAR:		3145087958			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		F01 CAMI I									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		VSP				SEDE:		Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K19	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		24070138210				PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3568-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1 DE 2			
NÚMERO DE CDP		32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11956	FECHA	13-02-18		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de P/C, 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.									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				13	2	2018			28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.070.655									
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:								\$4.913.046			
VALOR EJECUTADO								\$1.842.393			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.842.393			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$3.070.655			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								38%			
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
1011329975	\$1.228.662,00	\$92.200	\$118.000	3	\$18.000	\$228.700					
<p>Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p><i>SMITH LOZANO</i> NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p><i>DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS</i> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>											

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
Fecha de aprobación 9/11/2018
Código: 15-02-PO-0000

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SERGIO ALEJANDRO CHAVES PUNTES							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		53129151		
CORREO ELECTRONICO:				psicocanal02@gmail.com				CELULAR:		3145087958	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				F01-GAMIT							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				VSP				SEDE:		Fontibon	
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
				K19	100%						
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24070138210				PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3589-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 1 DE 1	
NÚMERO DE CDP		32		FECHA		12/1/2018		NÚMERO DE CRP		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO	
						13		2		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										\$1.842.393	
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:								\$4.913.046			
VALOR EJECUTADO								\$1.842.393			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.842.393			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$3.070.655			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								38%			
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.353.100, 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 18% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
1011329975	\$1.228.662,00	\$92.200	\$118.000	3	\$18.000	\$228.700					
<p>Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p> SMITH LOZANO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p> DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>											

BOGOTÁ, 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

DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS
CC. N° 53129151 Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0395-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 18 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES
TOTAL: \$1.842.393

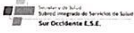
Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE No 24070138210
DEL BANCO: CAJA SOCIAL

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K109	0%	\$ -
K12	0%	\$ -
K23	0%	\$ -
K13	0%	\$ -
K14	0%	\$ -
K16	0%	\$ -
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	100%	\$ 1.842.393
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 1.842.393

	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 (\$44.603.000.00)		X

CORBIALMENTE,

DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS
CC. N° 53129151 Bogotá psicovida02@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3145087958

	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:	VSP	Sede: sur														
No. DE CONTRATO:	3568 - 2018	Periodo certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>13</td> <td>2</td> <td>2.018</td> <td></td> <td>28</td> <td>2</td> <td>2.018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	13	2	2.018		28	2	2.018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
13	2	2.018		28	2	2.018										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>53.129.151</td> <td>DE</td> <td>Bogotá</td> </tr> </table>	C. C.	53.129.151	DE	Bogotá										
C. C.	53.129.151	DE	Bogotá													

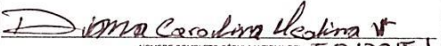
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PSICOLOGA SIVIM de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyo en revisión de bases de datos SIVIM mensualmente.	SI	Envío de base de datos los días 22,26 de FEBRERO con intervenciones correspondientes a 24 IEC. Se depura y se complementa base de datos mensual, en total 24 casos correspondientes al mes de ENERO.	Envío de correo electrónico a referente SIVIM Acta de depuración con hallazgos identificados.
Garantizar la concordancia entre el físico de IEC SIVIM y bases de datos SIVIM de las IEC realizadas	NO	Se realiza depuración y ajuste de 42 casos correspondientes al mes de ENERO	Acta de depuración con hallazgos identificados en IEC correspondientes al mes de ENERO Y 42 IEC de NOVIEMBRE Y DICIEMBRE ajustados en el aplicativo y en físico.
Realización de IEC y monitoreos de SIVIM según meta asignada por SDS	SI	Se realizaron 24 casos abordados cumpliendo con calidad y óptima entrega correspondientes a la localidad de puente aranda lo cuales se entregan los días 22, 26 del mes de FEBRERO revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo	Soportes en físico de 24 IEC de la localidad de puente aranda.
Entregar al referente de SIVIM la retroalimentación de los casos SIVIM abordados mensualmente.	SI	Se envía los días 22,26 de FEBRERO base de datos con la retroalimentación de los casos abordados de manera semanal a la referente SIVIM	Correo de la base de datos con los avances semanales correspondientes a las IEC.
Elaboración y envío de informe de IEC SIVIM según requerimientos	NO	Envío por correo electrónico el día 28 del mes de FEBRERO de 5 casos a ICBF. Envío por correo electrónico de 2 canalizaciones a espacio vivienda el día 28 del mes de FEBRERO de 2018	Correo electrónico del envío
Recolección, recepción, revisión de fichas de notificación SIVIM y apoyo en la generación de informes ASIS	SI	De manera semanal los días 22,26 de FEBRERO se realiza recepción de fichas y se firma el libro de notificaciones.	Libro de notificaciones firmado de las fichas recibidas
Apoyo en la realización de visitas de asesoría y asistencia técnica a las UPGD que lo requieran	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionado con esta actividad
Participar en las reuniones convocadas por referente, coordinador de VSP y equipo PIC	NO	Reunión de salud mental en Fontibon el día 5 de FEBRERO de 2018	Acta de reunión y listado de asistencia
Presentación de preauditorías a referente de SIVIM	SI	Se realiza depuración y ajuste de 24 casos correspondientes al mes de NOVIEMBRE y 24 de DICIEMBRE.	Acta de depuración con hallazgos identificados en IEC correspondientes al mes de NOVIEMBRE Y DICIEMBRE para auditoría IEC de noviembre y diciembre ajustados en el aplicativo y en físico.
El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados desde el nivel central.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionado con esta actividad
Participar en el Archivo y logística de documentos, relacionados con el subsistema SIVIM, aplicando las normas técnicas de calidad en gestión documental.	NO	Se entregan 42 casos del mes de DICIEMBRE legajados y archivados, depurados.	IEC encarpados entregados a referente SIVIM.
Realización de IEC de SIVIM cuando se requiera de acuerdo a programación de disponibilidad	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionado con esta actividad
Organización de archivo y soportes de productos de actividades realizadas durante la vigencia y presentación auditoría	SI	Se entregan 24 casos del mes de FEBRERO legajados y archivados.	IEC encarpados entregados a referente SIVIM.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.842.393 UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

 CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL 53.129.151	 SUPERVISOR
--	--

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

Deep

Revista de Sociologia da Faculdade E. Régio nº 292 2940 - Cx. 554 0515 - Marília, SP 13164-000 - Rua Washington 453 3101 - Fone/Fax: 311 30 30 - Internet: revista@faoe.org.br - 151 68 50 - Banco do Pao. 01000310151 -
 PÁGINA 1 de 2

[illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.129.151

MEDINA VARGAS
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

Diana Carolina Medina

FECHA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1984

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA B+ G.S. PH F SEXO

20-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

PROBETASCO NACIONAL

INDEXE DERECHO



A-1500113-45 150724-F-0053 129191-20070021 0409407000A 02 227052021

DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		MUSCA <small>Módulo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado</small>		001	
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14452404181			
				 <small>(415)7707212489984(3020) 0000014452404181</small>			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 3 1 2 9 1 5 1 - 2		6. DV: 2		12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3		26. Número de identificación: 5 3 1 2 9 1 5 1		27. Fecha expedición: 2 0 0 3 0 1 2 0	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido: MEDINA		32. Segundo apellido: VARGAS		33. Primer nombre: DIANA		34. Otros nombres: CAROLINA	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1	
41. Dirección principal: DG 89 A 117 05							
42. Correo electrónico: psicovida02@gmail.com		43. Código postal:		44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad económica principal 46. Código: 8 2 9 9		Actividad económica secundaria 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 0 3 0 1		Otras actividades 48. Código:		Ocupación 49. Fecha inicio actividad:	
50. Código:		51. Código:		52. Número establecimientos: 1			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 1 2							
12- Ventas régimen simplificado							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código:				55. Forma:			
				56. Tipo:			
				57. Modo:			
				58. CPC:			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 8 0 1 2 9			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:			
984. Nombre: MEDINA VARGAS DIANA CAROLINA				985. Cargo: CONTRIBUYENTE			

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

DIANA CAROLINA MEDINA VARGAS

Identificado con CC53129151

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0051 VENTURA TERREROS, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24070138210
Fecha de Apertura : 23 de enero de 2017
Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector
Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0012 ESTRADA de la ciudad de BOGOTÁ, el día sábado, 17 de febrero de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

L2M4G7O8 - LIZETH TATIANA MONROY GUTIERRE



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

Banco Caja Social

VIGILADO

