

6038-6763

		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión: 1 Fecha de aprobación: 09/11/2018 Código: 15-02-FO-0002	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO			
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO
CORREO ELECTRONICO:		dianta2302@gmail.com		CELULAR:	3204661503
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		PA21			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC		SEDE:	PABLO VI
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K12	37%	K23	15%
		K13	15%	K14	12%
		K15	15%	K19	7%
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:		570009170411145		PENSIONADO:	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0075-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO:	PAGO 1 DE 2
NÚMERO DE CDP:	32	FECHA:	12/01/18	NÚMERO DE CRP:	8795
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área del 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
			1	2	2018
		HASTA	DIA	MES	AÑO
			28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.070.655			
TIPO DE SERVICIOS:		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%:	\$0
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO					
CONCEPTO				VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES				\$6.141.310	
VALOR EJECUTADO				\$3.070.655	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA				\$3.070.655	
VALOR A LIBERAR				\$0	
SALDO POR EJECUTAR				\$3.070.655	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN				50%	
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
1011106732	\$1.228.000,00	\$153.500	\$196.500	3	\$30.000
		TOTAL APORTES			
		\$380.000			
Dado en Bogotá en el mes de Febrero del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,					
 ANGELA MARIA FORERO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:			 DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		

El/la
20.02.18

BOGOTA 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 LIZETHE SALCEDO BUITRAGO

CC. N°

1'022.361.972

Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0075-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:

30 DIAS

VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO:

TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

TOTAL: \$ 3.070.655

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 0570009170411145

DEL BANCO: DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	37%	\$ 1.136.142
K23	15%	\$ 445.245
K13	15%	\$ 460.598
K14	12%	\$ 368.479
K16	15%	\$ 460.598
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	7%	\$ 199.593
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 3.070.655

	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)	X	

CORDIALMENTE,



DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO

CC. N° 1'022.361.972

TELEFONO CELULAR No 3204661503

email: j.dianita2302@gmail.com

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 02/04/2017
Código: 04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA	Sede: BOSA
No. DE CONTRATO:	0075- 2016	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO	C. C. 1'022 361 972

OBJETO DEL CONTRATO Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área del 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	15 Planes Familiares Formulados 15 Planes Familiares Implementados 44 seguimientos 15 Reuniones de analisis	Cartas de compromiso Formato de Caracterización Social y Ambiental APGAR familiar Inventario de pautas de crianza Actas de Reunión de Analisis y Cartografía Matriz de Unidad de Analisis e Implementación Formato Plan de Acción Cronograma Listado de Reunión de Equipo Mensual
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	3 activaciones de ruta a las familias intervenidas	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Durante el mes de Febrero no se realizo seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	0 Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	12	Formato de notificación comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	15 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental APGAR familiar Inventario de pautas de crianza actas de reunión de analisis y cartografía matriz de unidad de analisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografía matriz de unidad de analisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Reunión de equipo.	Listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :3'070.655 Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos

CONTRATISTA: DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO CC 1022361972
Fecha: 05/04/2017 Firma de recibido supervisor

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2018-02-14, 05:41:27 PM

Tipo Planilla

Número Planilla 1011106732

Referencia pago(PIN) 8868606790

Período Cotización

201802

Período Servicio

201802

Cliente:

PAGADA 2018-02-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA LIZETHE SALCEDO BUITRAGO	Dirección	CL 24 B No12-27 LA AMISTAD
Documento	CC 1022361972	Teléfono	3204661503
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	SOACHA	Identificación	CC 1022361972
Representante Legal	SALCEDO BUITRAGO DIANA LIZETH		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022361972	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00			SALCEDO BUITRAGO DIANA LIZETHE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades			S. Integral		Pensión										Salud					Riesgos					Caja			Parafiscales					
Extranjero					Código AFP	Tarifa AFP	USC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	USC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Tarifa ARL	USC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	USC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF						
RET	TAR	TDP	VSP	COM	ICF	VTS	VAC	VAP	VCT	IRP	Código AFP	Tarifa AFP	USC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	USC EPS	Aporte Salud <td>Aporte UPC<td>Código ARL<td>Tarifa ARL<td>USC ARL<td>Aporte Riesgos<td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	Aporte UPC <td>Código ARL<td>Tarifa ARL<td>USC ARL<td>Aporte Riesgos<td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	Código ARL <td>Tarifa ARL<td>USC ARL<td>Aporte Riesgos<td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	Tarifa ARL <td>USC ARL<td>Aporte Riesgos<td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td></td></td>	USC ARL <td>Aporte Riesgos<td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td></td>	Aporte Riesgos <td>Código CCF<td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td></td>	Código CCF <td>Tarifa CCF<td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td></td>	Tarifa CCF <td>USC CCF<td>Aporte Caja</td><td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td></td>	USC CCF <td>Aporte Caja</td> <td>Tarifa SENA<td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td></td>	Aporte Caja	Tarifa SENA <td>Aporte SENA<td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td></td>	Aporte SENA <td>Tarifa ICBF<td>Aporte ICBF</td></td>	Tarifa ICBF <td>Aporte ICBF</td>	Aporte ICBF
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					\$ 1.228.000										\$ 1.228.000					\$ 1.228.000					\$ 1.228.000			\$ 1.228.000					