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:	MAELS ANDREA RUIZ GOMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52476102							
CORREO ELECTRONICO:	andreruiz19@hotmail.com				CELULAR:	3102688495							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA DE PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL CIUDADANO				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	O-02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570044404								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3560-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP	33	FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	TRABAJADORA SOCIAL										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2018		31	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:											
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:	$7.210.882
VALOR EJECUTADO	$4.604.539
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.606.343
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.606.343
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	64%

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 $**1.953.105**, 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
8477010071	$1.042.537,00	$131.900	$168.900	3	$25.600	**$326.400**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de marzo del año Dos Mil xxxx (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ELSA MARINA TORRALBA NOVAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAELS ANDREA RUIZ GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud 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:	USS OCCIDENTE DE KENNEDY		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	SO-3560-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	18		31	3	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAELS ANDREA RUIZ GOMEZ		C. C.	52.476.102			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 TRABAJADORA SOCIAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS del 12 de Octubre al 30 de Octubre de 2017	PRODUCTOS ENTREGADOS
Una vez revisadas cada una de las actividades de acuerdo al objeto de contrato el supervisor certifica que verifico este informe pormenorizado y registra de manera puntual los cumplimientos y observaciones que se evidenciaron. 1. Verificación de revista social en cada uno de los servicios. 2. Dar soporte al área de consulta externa , en cuanto a organización de la sala de espera y direccionamiento a los usuarios. 3.Verificar la divulgación de la política de atención al usuario en los servicios asignados, por parte de los informadores de consulta externa. 4. .Presentar Informe Mensual solicitado por la Supervisora del Contrato. 5. Cumplir las actividades de respuestas de Quejas y Reclamos del servicio asignado, según procedimiento establecido. 6. Dar cumplimiento al proceso de Sistema de Gestión de Calidad. 7. Reportar recibos de Aportes en Salud y Pensión y Riesgos Profesionales, debidamente revisado por la supervisora del contrato. 8.Verificar el proceso de socialización en Deberes y Derechos de pacientes de consulta externa según procedimiento establecido. 9.Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud. 10.Realizar un uso correcto y racional de los recursos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales. 11. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades. 12. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades. 13. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales.14. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución. 15.Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica. 16.Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA. 17.Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato. 18. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato.	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI 6. SI 7. SI 8. SI 9. SI 10.SI 11. SI 12. SI 13. SI 14. SI 15. SI 16. SI 17. SI 18. SI 19. SI 20. SI 21. SI 22. SI 23. SI 24. SI 25. SI		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.998.196 Un millon novescientos noventa y ocho mil ciento noventa y seis pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAELS ANDREA RUIZ GOMEZ C.C 52.476.102 BTA	FECHA: FIRMA DE RECIBIDO DEL SUPERVISOR: **Elsa Marina Torralba**

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

1 of 1 Select a format Export

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 52476102		RUIZ GOMEZ MAELS ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av 30 # 1- 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5765513

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo Pensión	2018-03	Periodo Salud	2018-03
Fecha limite de pago	2018/03/02	Fecha de pago	2018/03/05
Dias de mora	3	Tasa de mora	29.02%

TOTALES

Valor a pagar	$322,700
Intereses de mora	$900
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$323,600

DATOS DE LA TRANSACCION

Clave planilla	8477010071
Clave de pago	1000001479
Banco	BANCO BOGOTA

Página 1 de 1

2018/04/19 04:55 PM