

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Bogotá, D.C., Colombia
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		39723338						
CORREO ELECTRONICO:				VICKY.CORTES328@GMAIL.COM				CELULAR:		3112510207					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								Fontibon FO 09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PÚBLICA				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	K25	100%													
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				6270431437				PENSIONADO		NO					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			0483-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	699	23/03/2018	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	18499	FECHA	28/03/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR , Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					01	04	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.232.426							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				\$0			

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.697.278
VALOR EJECUTADO	\$3.697.278
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.232.426
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 \$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
12706321	\$781.242,00	\$97.655	\$125.000	3	\$19.031	\$241.686

Dado en Bogotá, _____ mes de ABRIL del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JESUS ANDRES BRAVO ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO

3

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
CC. N° 39723338 de Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0483-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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

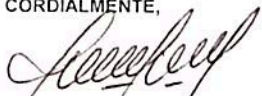
TOTAL COBRO: UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS
TOTAL: \$ 1.232.426

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS ☒ CTE___ No 006270431437
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	0%	\$ -
K23	0%	\$ -
K13	0%	\$ -
K14	0%	\$ -
K16	0%	\$ -
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	100%	\$ 1.232.426
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 1.232.426

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2018		X
DECLARO 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,



ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ

cc # 39723338 VICKYCORTES328@GMAIL.COM
TELEFONO CELULAR No. 3112510207



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-PFO-0003



Unidad del Servicio:	SALUD PÚBLICA - GOBERNANZA		Sede: FONIBON	
No. de Contrato:	0483 2016		Periodo certificado desde el	
Nombre del Contratista:	ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ		C.C. 1 4 2 0 1 8	
Objeto del Contrato: El Contratista ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Digitador de la Salud Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente				
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO				
Obligaciones Contractuales				
Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares	SI	Programado	NO	Actividades Realizadas
1. Reunión GESI: 09/04/2016 2. Reunión Gobernanza: 27/04/2016				
1. Activaciones de ruta: 21 2. Vivienda: 53 Individuos 170 F. sesiones 328 Pautas de crianza 64 Monitoreo: 123 3. Educativo: Sesiones 564, pretest: 75 monitoreo 38 Monitoreo riesgo: 1 Secuenciación: 58 H de manos 60 4. Laboral: Uts: 4 Individuos: 67 Identificación riesgo: 258 Seguros: 2190 - Infantil: 3 Seguros: 79				
Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieren ser ingresados a medio magnético	SI			Se hace entrega al técnico de sistemas en medio magnético de las bases: Activación de rutas, Vivienda, caracterización, Salud oral y Pautas de crianza, uts, sesiones colectivas y monitoreo de riesgo se hace entrega en medio magnético las bases mencionadas
Acoger la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	SI			se realiza el apoyo de la digitación de base de datos según la necesidad de los espacios de vivienda, laboral, educativo y público
Ejecutar procesos de control de calidad de los contenidos de las metas y formatos	SI			Medio Magnético: medio Físico y Base de datos
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	SI			Se reciben diariamente las orientaciones de técnico de sistemas para el ingreso de las diferentes aplicaciones
Suministrar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega	SI			Las bases se encuentran en medio magnético según se requieran
Adaptar al técnico de sistemas en el cruce entre los datos de las capacitaciones con las diferentes bases de datos existentes en la ESE	SI			Medio Magnético cada digitador alimenta la Base de datos con los registros ingresados de las bases de datos: Barras tubulares, Monitoreo del riesgo, Vivienda, caracterización - salud oral, Pautas de crianza, Cuidate y sé feliz
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria departal de salud	SI			Fortalecimiento y retroalimentación del proceso equipo de gobernanza
Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos (calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de políticas y programas teniendo en cuenta que la revisión de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la información registrada en el aplicativo	SI			1. Se informó al técnico y tecnólogo involucrados en cuanto a la calidad del dato en los formatos 2. Se corrigieron los errores de calidad en la digitación encontrados en el control de calidad por la Técnico de Sistemas
Consultar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido	SI			Durante el mes de ABRIL, no ha programado para esta actividad
OBSERVACIONES:				
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.232.420 UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS pesos. Mide.				
Firma del Contratista: <i>Ana Victoria Cortes Rodriguez</i>				
Firma del Supervisor: <i>[Firma]</i>				

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

Respetado señor(a)



Nombre	ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación	CC 39723338
Número Planilla	8326474993
Fecha de Pago	4/3/2018
Número de Autorización de Pago	12706321
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Abril 2018
Periodo Cotización Pensión	Abril 2018
Periodo Cotización Caja	Abril 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$241,800
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		39723338								
APELLIDOS Y NOMBRES		CORTES RODRIGUEZ ANA VICTORIA								
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

[illegible]