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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA												
	C.C	X	C.E		NO.	1002302690							
CORREO ELECTRONICO:	dianadominguez0600@gmail.com				CELULAR:	3104100154							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE11												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proteccion especifica Covid - Tintal				SEDE:	TINTAL							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	438409049886								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5409-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	389	FECHA	03/10/2021	NÚMERO DE CRP	20500	FECHA	3/30/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		30	3	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015									
TIPO DE SERVICIOS:	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

PERIODO CERTIFICADO:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.343.483
VALOR EJECUTADO	$2.343.483
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.343.483
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 $ 2.271.315 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
		$0	$0	3		$0

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PROTECCION ESPECIFICA COVID TINTAL		**Sede: TINTAL**								
No. DE CONTRATO:	**5409-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**		**Año**	
			30	3	2021		30	4		2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA**		**C. C.**	**1.002.302.690**			**DE**	**BOGOTA**			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. 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 cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	Se da cumplimiento a lo establecido según los lineamientos en cada unas de las actividades asignadas por el jefe inmediato	Se cumple con activides asignadas de acuerdo a los lineaminetos establecidos
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion, con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-subred sur occidente caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades segun defina el linemiento en el programa regular y en proyecto vacunacio COVID.	SI	Se asiste a los lugares asignados por el jefe inmediato para la realizacion de la vacunacion covid.	Se cumplen las activides según los parametros de planeacion y seguimiento
3. Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales,entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Subred sur occidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado, participacion activan las fases de desarrollo del prroyecto de vacunacion COVID.	SI	Se brinda informacion tecnica con direccionamiento a la comunidad en eventos de interes de salud publica.	Se cumple con los eventos de interes de salud publica bajo la informacion direccionada por el jefe inmediato.
4.Realizar seguimiento a las acciones a desarrollar en el proyecto vacunacion COVID apoyo en asistencia tecnica en la IPS de la Subred	SI	Se realiza seguimiento, observacion , digitacion durante el proceso de vacunacion covid.	Se entrega bases diligenciadas y consentimentos firmados por paciente asignado para la vacunacion covid.
5. Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	NO		
6. Realizar la gestion de riesgo	SI	orientar al logro de resultados en salud y al bienestar de la población	Se presta un servicio de calidad humana dando una atencion adecuada a cada usuario.
7. Notificar todos los eventos de interes en salud publica	SI	Se educa a familiares y usuarios sobre sus derechos y deberes	Se cumple a cabalidad con la actividad programada en cada punto según perfil de asistencia.
8. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se educa a familiares y usuarios sobre sus derechos y deberes	Se brinda informacion según lo requerido por cada usuario.
9. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se entrega el reporte de consentimientos debidamente diligenciados por el usuario.	Se brinda asesoria al usuario para diligenciamento del consentimiento informado,verificando datos y firma.
10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se entrega el reporte debidamente diligenciados por el usuario.	Se mantiene un trato respetuoso y amable a la comunidad.
11. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Subred sur occidente como de la firma auditora o SDS.	NO		
12. Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconcistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Garantiza la calidad y el desarrollo de las obligaciones que son objeto directo contractual.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: 2.343,483 DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA TRES PESOS

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 4/2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA

CC 1002302690

DE BOGOTA D.C

La suma de 2.343.483 dos millones trecientos cuarenta y tres mil cuatrocientos ochenta y tres por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 30/03/2021 al 30/04/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5409-2021

DIANA PAOLA DIMINGUEZ ACOSTA

CC 1002302690

BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488409049896

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14749480611

(415)7707212489984(8020) 000001474948061 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 3 0 2 6 9 0	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 3 0 2 6 9 0	2 0 1 8 0 6 0 7

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DOMINGUEZ	ACOSTA	REPLIBEIC	DIANA PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 39 C SUR 73 F 54

42. Correo electrónico: dianadominguez0600@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 1 0 0 1 5 4	3 2 2 7 3 4 7 7 6 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 9 0 9 1 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma 56. Tipo
54. Código	Servicio 1 2 3
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 25 / 12 : 05: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DOMINGUEZ ACOSTA REPLIBEIC DIANA PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-03-2021 12:06:03PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:25/03/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 1002302690	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 39C SUR N. 73F 54 Teléfonos: 3104100154

Dirección electrónica: dianadominguez0600@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 17/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 09/09/2019

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 10/09/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

SGS CO18/8129