INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ROCIO GAMA MEJIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E		NO.	52285383						
CORREO ELECTRONICO	DIAVASA@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3144135356						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					5U41							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROTECCION ESPECIFICA TRINIDAD GALAN				SEDE	TRINIDAD GALAN						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	5U41N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	bancolombia				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	23700129761								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5238-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1					
NÚMERO DE CDP	329	FECHA	15/03/2021	NÚMERO DE CRP		FECHA					
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. Apoyo Administrativo										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		15	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$2.197.015										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								
OBSERVACIONES											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$3.368.756
VALOR EJECUTADO	$1.171.741
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.171.741
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.197.015
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35%

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 $ 2.271.276 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 marzo [illegible] 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

ANA ARREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

DIANA ROCIO GAMA MEJIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC TRINIDAD GALAN		Sede: Trinidad Galan							
No. DE CONTRATO:	5230-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			15	3	2021		21	3	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ROCIO GAMA MEJIA		C. C.	52.285.383			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** **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 Secretaria Distrital de Salud Incrementar las acciones de gestion y coordinacion intraeintersectorial, para lograr la atencion integral de la población sujeto del programa en todo El territorio nacional, la equidad y la disminucion de las brechas de acceso, incluyendo actores como: Procuraduria, Departamento para la Prosperidad Social, I C BF, Policia de infancia, Secretaria de Educación, Comisarias de Familia, Iglesias, Pastoral Social,ONG , Sociedades científicas y académicas entre otros en proyecto de vacunación COVID	SI	Se da cumplimiento a lo establecido según los lineamientos en cada unas de las actividades asignadas por el jefe inmediato	Se cumple con actividades asignadas de acuerdo a los lineaminetos establecidos
2. Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública	SI	Se da cumplimiento según planeacion y seguimiento de las actividades realizadas en salud publica	Se cumplen las actividades según los parametros de planeacion y seguimiento
3. Brindar asesoria técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según linea de intervención o actividad al que sea designada	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.Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Lineas o Proyectos Especiales a los diferentes entes según requerimientos.	NO		
5.Realizar seguimiento al proceso PAI	NO		
6.Realizar acciones de planeación, organización, coordinación, ejecución, monitoreo, control y evaluación de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización.	SI	Se realiza seguimiento, observacion , digitacion durante el proceso de vacunacion covid.	Se entrega bases diligenciadas y concentimentos firmados por paciente asignado para la vacunacion covid.
7. Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados	SI	Se asiste a los lugares asignados por el jefe inmediato para la realizacion de la vacunacion covid.	Se cumple a cabalidad con la actividad programada en cada punto según perfil de asistencia.
8. Alistar soportes y presentar auditorias programadas	NO		
9. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).	SI	Se entrega el reporte de concentimientos debidamente diligenciados por el usuario.	Se brinda asesoria al usuario para diligenciamento del concentimiento informado,verificando datos y firma.
10. Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	SI	Se direcciona a la persona encargada sobre las inquietudes de los usuarios.	Se brinda informacion según lo requerido por cada usuario.
11. Apoyar las demás actividades requeridas para el desarrollo del objeto del contrato relacionadas con Salud Pública. Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo. ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto	SI	Se garantiza el cumplimiento y el derecho de los usuarios sobre el plan promocion y prevencion	Se brinda a la comunidad inmunidad sobre enfermedades que son prevenibles
12. Seguimiento y análisis periódico de los casos objeto de canalización del Componente que lidere.	NO		
13. Participar en las asistencias técnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS	Sí	Es deber ser asistir a las capacitaciones y actualizaciones que nos requiere el estado	Para mejor desarrollo en nuestra labor
14. 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)	NO		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.171.741 MC UN MILLON CIENTO SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UNO

Diana Gama M

DIANA ROCIO GAMA MEJIA CC 52285383

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 03/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A DIANA ROCIO GAMA MEJIA

CC 52285383 De Bogotá

La suma de 1.171.741 COP UN MILLON CIENTO SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UNO M/C, por concepto AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 15-03/2021 al 31-03/2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5230-2021

Diana Gama

DIANA ROCIO GAMA MEJIA

CC 52285383 De Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 23700129781

Salud Total EPS S

Bogotá, Marzo 17 de 2021

Señora:
GAMA MEJIA DIANA ROCIO
CC. 52285383
CR 10 A 24 A 07 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 14 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GARCIA GAMA HELEN SAMANTHA	1000777693	T	May-13-2016	56	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GAMA MEJIA DIANA ROCIO	52285383	C	Mar-14-2016	56	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
GARCIA CUEVAS JUAN CARLOS	79894764	C	May-13-2016	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AMERICAS BUSINESS PROCESS SERVICES S A	52285383	Dependiente	CERRADO
COLOMBIAN OUTSOURCING SOLUTIONS SAS	52285383	Dependiente	CERRADO
DIANA ROCIO GAMA MEJIA	52285383	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	52285383	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14576690287

(415)7707212489984(8020) 000001457669028 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 2 8 5 3 8 3 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 52285383

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 1 2 4

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: GAMA

32. Segundo apellido: MEJIA

33. Primer nombre: DIANA

34. Otros nombres: ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 5 ESTE 22 A 03 SUR

42. Correo electrónico: diavasa@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 4 4 1 3 5 3 5 6

45. Teléfono 2: 2 0 6 3 8 9 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 6 9 9 | 47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 4 0 6 3 0

Actividad secundaria — 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades — 50. Código: 1 2

Ocupación — 51. Código: 5 1 3 2

52. Número establecimientos:

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: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 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: 2019 - 06 - 03

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 20-02-2021 11:49:30AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO