6038-7043

Nesty Medina

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.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NEILY MAGALLY MEDINA FLOREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52287998							
CORREO ELECTRONICO:	maga186medina@hotmail.com				CELULAR:	3203232014							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	BOSA-PA 21												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SALUD PUBLICA BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K10	2%	K12	41%	K23	10%	K13	24%	K14	17%	K16	6%	
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2170081588									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0862-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		8534	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como auxiliar de enfermeria, dentro de los servicios de salud sur occidente E.S.E de acuerdo ala necesidades de la institucion.En concorancia con el contrato interadministrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas,suscrito el 31 de marzo 2017 entre el fondo financiero didtrital de salud -secretaria distrital de salud y la E.S.E									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$1.613.395
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.613.395
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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 **$1.953105**, 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
8475919813	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$228.400**

Dado en Bogota en el mes de FEBRERO del año Dos Mil Dieciocho (2018).Lo anterior para que surta el pago pendiente coordialmente

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Neily Magally Medina F
NEILY MAGALLY MEDINA FLOREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

OC contrato MV 3+35

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
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA		**SEDE:KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	0862-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NEILY MAGALLY MEDINA FLOREZ		**C. C.**	52287998			**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 auxiliar de enfermeria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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	actualizacion de datos de usuarios capitados con capital salud	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual de caracterizacion social y ambiental Formato
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	Apoyo administrativo,visitas a familias con vulnerabilidad de capital salud,verificacion y llamadas telefonicas de asistencia de Crecimiento y Desarrollo niños en Desnutricion ,verificacion de Capital Salud,asignacion de citas por Crecimiento y Desarrollo	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	se les indica a los usuarios importancia de la asignacion de las citas y asistir a ellas, para el evento o programa que tiene pendiente según base de datos	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	de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el perfil a cargo	no se presentan notificaciones de este mes
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	se intervienen individuos por el perfil auxiliar de enfermeria brindando infrmacion sobre deberes y derechos en salud , la importancia de asistir a programas de p y d	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 preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias 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 Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual de caracterizacion social y ambiental Formato
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 asumira el 100% de la glosa generada	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual de caracterizacion social y ambiental Formato
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 trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas (registrar la asistencia tecnica en la que se participo) por el momento no se an programado	Listados de asistencia que den cuenta de la participacion de la localidad BOSA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR UN MILLON SEISCIENTOS TRECEMIL TRECIENTOS NOVENTAYCINCO PESOS $1613395

Neily Magally Medina Florez

NEYLI MAGALLY MEDINA FLOREZ

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.

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

NEILY MAGALLY MEDINA FLOREZ
CC. N° 52.287.998

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestacion de servicios 0862-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificacion de pago y en jecucion de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 28 **DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: **Un millon seiscientos trecemil trecientos noventa y cinco pesos**
TOTAL: $ 1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
2170081588
DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	2%	$ 32.268
K12	41%	$ 667.697
K23	10%	$ 156.375
K13	24%	$ 387.215
K14	17%	$ 273.036
K16	6%	$ 96.804
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
k19	0%	
K09	0%	
TOTAL	100%	$ 1.613.395

	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,
Neily Magally Medina Florez
NEILY MAGALLY MEDINA FLORES
C.C 52287998
3203232014
maga186medina@hotmail.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52287998		MEDINA FLOREZ NEYLI MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 7 NO 90 76 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	73047148	8475919813	I	2018/02/22	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52287998		MEDINA FLOREZ NEYLI MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 7 NO 90 76 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	73047148	8475919813	I	2018/02/22	2018/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC	52287998	MEDINA NEYLI	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO