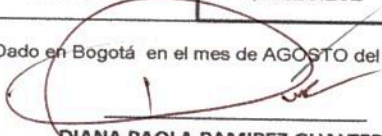
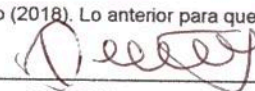


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	1	
			Fecha de aprobación	09/11/2016	
			Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LILIANA MELO							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C.	X	C.E.	NO.		53.122.828		
CORREO ELECTRONICO:			lilianamelo@gmail.com			CELULAR:		3212792167		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUR				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			Salud Pública			SEDE:		USS 39 PAPS ABASTOS		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo				%				
		K 30				100%				
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			455070041302					PENSIONADO	No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			0744 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7		
NÚMERO DE CDP		1249	FECHA	2018-07-27	NÚMERO DE CRP	32606	FECHA	2018-07-31		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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.							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	8	2018		31	8	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS			PIC			RESERVA DE GLOSA 2%		\$0		
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:						\$21.494.585				
VALOR EJECUTADO						\$21.494.586				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3.070.655				
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 <u>mínimo</u> 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				
8658353398	\$1.228.262	\$154.300	\$197.400	3	\$30.200	\$381.900				
Dado en Bogotá en el mes de AGOSTO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
 DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR					 DORLY LILIANA MELO 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 PÚBLICA		Sede: PIC FONTIBÓN		
No. DE CONTRATO:	0744-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA MELO		1	8	2018
			C. C.	53.122.828	DE BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	1. Se asiste a los conversatorios una vez por semana referentes al espacio público y reuniones programadas 2. Se realiza caracterización del barrio El Jazmin de la localidad de Kennedy 3. Se realiza caracterización del barrio La Rivera de la localidad de Kennedy 4. Se realiza alistamiento y entrega de soportes para digitación 5. Se realiza digitación de las respectivas caracterizaciones 6. Se asiste a las diferentes capacitaciones y asistencias técnicas programadas y unidades de análisis 7. Se participa en jornadas distritales 8. Se realiza reunión con líderes y comunidad del barrio El Jazmin	Actas de desarrollo de acciones, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud
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.	SI	Se realizaron los respectivos productos como lo son: Actas, listados de asistencia y caracterizaciones con formatos aprobados por la SDS.	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, informe matriz 1186, parametrización salud ambiental
Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred	SI	Durante el mes de agosto se participo en el desarrollo de la Jornada de PAI	Se participo en la Jornada de PAI con el posicionamiento de Barrios Promotores por la Salud.
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	NO	En el mes de agosto de 2018 no se realizo ninguna canalización.	No se realizo canalización.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se implementaron las actividades de reconocimiento barrial, caracterización, reuniones de articulación intersectorial.	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, matriz 1186, parametrización de salud ambiental
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	se generar procesos de caracterización y organización de nodos en el barrio Jazmin la Rivera, dando a conocer las temáticas a abordar en relación a actividad física	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización, matriz 1186, parametrización de salud ambiental
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se participo en una asistencia técnica con la Secretaria de Salud con el programa de Barrios Promotores de Salud Urbana	Se participo en una asistencia técnica SDS
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Se realizo articulación con líderes comunitarios de los barrios priorizados	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Se realiza procesos de convocatorias a la población en las localidades Kennedy y Bosa con el fin de invitarlos a la participación y consolidación de nodos	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado.	SI	Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred suroccidente de espacio público	Se presentaron los soportes y se efectuaron los cambios y/o sugerencias según lo informado por la referencia de espacio público
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Durante el mes de agosto de 2018 se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud	Envío de informes de acciones desarrolladas en la Subred, matriz 1186.
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.	SI	Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos.	Entrega de AZ con soportes de barrios promotores de salud. Entrega de soportes a líderes de proceso en las acciones que se apoyaron.
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).	SI	Asumo mi responsabilidad sobre los soportes que entrego de las acciones que desarrollo.	Asumo mi responsabilidad sobre la glosa con respecto a las acciones que desarrollo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTAMIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/TE - 3.070.655

Dorly Liliana Melo Cdy 53122828

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: 30/08/2018 Firma de recepción

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



RAZON SOCIAL :	DORLY LILIANA MELO CELY
IDENTIFICACION:	CC-53122828
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-08-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-08-08
FECHA DE PAGO:	2018-08-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2018-08
PERIODO SALUD:	2018-08
NUMERO PLANILLA:	8658353398
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8694623689
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 800	\$ 153.500	\$ 154.300
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 196.500	\$ 197.400
14-28	800256161	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 30.000	\$ 30.200
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 1.900	\$ 380.000	\$ 381.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/09/2018
----------------------------------	------------