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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NIVIA MARIA OSORIO MORENO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39527816							
CORREO ELECTRONICO:	nivisoso@yahoo.com				CELULAR:	3142104682							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON F009								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K29	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008290268898								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	697-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36961	FECHA	31/08/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	9	2018		30	9	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA	$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:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$23.541.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10.235.517
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$1.228.400,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

Yasmith Pirazán P

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NIVIA MARIA OSORIO MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO EDUCACION									
					Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	697-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	9	2.018		30	9	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NIVIA MARIA OSORIO MORENO		C. C.	39.527.816			DE	ENGATIVA		

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 ODONTOLOGA 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
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 Secretaria Distrital de Salud.	SI	32 Sesiones de Sesion3 Mejores practicas en Salud Oral Colegio Ciudadela Educativa Bosa en los siguientes cursos JM: T RANSICION 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y JARDIN: 1,2,3,4,5,6,7. JT: TRANSICION 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y JARDIN 1,2,3,4,5,5,7.Sesion 1 de Mejores Practicas en SO Colegio Orlando Higuita sede A 12 cursos asi: JM: 403, 404, 501, 502, 503, 504 JT: 401, 402, 403, 404, 501, 502-. Actas de cancelación y reprogramación de sesiones en ciclos:Colegio, Orlando Higuita sedes A y B, y de Sesiones de mejores practicas en Colegios Ciudadela educativa y German Arinlegas sede A y B .**Sesiones en Ciclo 4 total** asi: **Colegio Orlando Higuita sede A** curos JM: 901, 902, 903, JT: 1003 y1 Sesion con padres de familia. **Colegio Ciudadela Educativa Bosa sesion ciclo 4** curso 906 JM, 1 sesion con Padres de familia.	Actas de sesiones en IED. Formatos sesiones colectivas, Formatos de Monitoreo del riesgo en Salud Oral
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.	SI	32 Sesiones de Sesion3 Mejores practicas en Salud Oral Colegio Ciudadela Educativa Bosa en los siguientes cursos JM: T RANSICION 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y JARDIN: 1,2,3,4,5,6,7. JT: TRANSICION 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y JARDIN 1,2,3,4,5,5,7.Sesion 1 de Mejores Practicas en SO Colegio Orlando Higuita sede A 12 cursos asi: JM: 403, 404, 501, 502, 503, 504 JT: 401, 402, 403, 404, 501, 502-. Actas de cancelación y reprogramación de sesiones en ciclos Colegio, Orlando Higuita sedes A y B, y de Sesiones de mejores practicas en Colegios Ciudadela educativa y German Arinlegas sede A y B. Sesiones en Ciclo 4 total asi: Colegio Orlando Higuita sede A curos JM: 901, 902, 903, JT: 1003 y1 Sesion con padres de familia. Colegio Ciudadela Educativa Bosa sesion ciclo 4 curso 906 JM, 1 sesion con Padres de familia.	Actas de: Reunión de concertacion y Plan de accion en IED. Formatos de Salud oral, Cronograma
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Durante el mes de Septiembre, no se relizaron caracteizaciones en el espacio Educacion.	Ninguno
Participar activamente en las jornadas de salud pubica (Vacunacin, comuntarias, instituciones entre otras) programadas tanto por la SDS ccccomo por la sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Durante el mes de Septiembre NO se asistio a Jornadas	Ninguno
Realzar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a ls diferentes servicios asistenciales y sociales para articular al PIC y POS	SI	Se realizaron 100 canalizaciones de los menores valoradoos con priordad ata en los colegios intervenidos.	Formatos de activacion de rutas y canalizacion.
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 lasintervenciones realizadas en el mes de Septiembre, a las profesionales de apoyo, se realizan las correcciones requeridas, se guardan los soportes en carpetas archivadas según indicaciones dadas por la profesional de apoyo,	Actas de sesiones realizadas en IED Formatos. Cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Notificar todos los evenos de Salud Publca.	SI	Durante el mes de Septiembre no se realzan notificaciones ya que no se presentaron casos.	Ninguno
Informar a los individuos, familias y/o colctivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Si	Se socializan los deberes y derechos en salud en los espacios intervenidos	Actas con la informacion incluida
Facitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion	Si	Durante el mes de Septiembre, no se realzan procesos de veeduria	Ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	Si	Los soportes son entregados a las profesionales de apoyo para su digitacion y archivo	Actas de reunión de concertacion e intervenciones en los IED Formatos de Salud Oral
Realizar ajuses de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias dl referente del espacio asignado	Si	Se realizan los ajustes a los soportes según direccionamiento de la referente	Actas, listados, formatos de salud oral
Realzar entrega oportuna de y con caidad de informes requeridos.	Si	Se hizo entrega oportuna de los informes requeridos por la referente	Matriz 1186
Asistir a las asistencias tecnicas ccconvocadas por la sub Red Sur Occidente asi como por la SDS	Si	Se asistio a reunion de Equipo educacion	Actas y listados de asistencia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el cntratista (incumplimiento de	Si	Asumir el 100% de la glosa si se prenta.	Ninguno
Velar y responder pór los recursos y adecuado funcionamiento d los equipos , documentos o bienes mubles, entregados para la ejcucion de as actividades propia del objeto del presente contrato	SI	SE manejaron adcuadamnte los equipos he insumos con los cuales se trabajo.	Ninguno

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cnco mil pesos mc): $3'070.655

NIVIA MARIA OSORIO MORENO
CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yusmith Pinilla P

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