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
Fecha de aprobación	08/11/2016
Código	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA GOMEZ BARRERA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52083607							
CORREO ELECTRONICO:	lilgomez_19@yahoo.com				CELULAR:	3152005331							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA21												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	PABLO VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%											
	K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	459200041978								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3405 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	07/06/2018		NÚMERO DE CRP	26369	FECHA	31/05/2018			
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	6	2018		30	6	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: V721 15%, V121 5%.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.353.275
VALOR EJECUTADO	$15.353.275
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 **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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4220272805	1,953,105	$154.800	$198.100	3	$30.300	$382.200

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

Liliana Gómez Barrera

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LILIANA GOMEZ BARRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	3
Fecha de aprobación	05/04/2017
Código	04-GS-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA								
No. DE CONTRATO:	3405 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Sede: BOSA**						
			Día	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2018		30	6	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ULIANA GOMEZ BARRERA		**C. C.**		52.083.607	**DE**		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area del 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 __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	Durante el mes de Mayo se realizan: 23 Cartas de compromisorafia 23 Caracterizaciones 23 Matriz de Unidades de análisis y cartografia Matriz de unidades de análisis Reunion mensual Equipo Plan de Acción Mensual Cronograma de actividades 54 Cierres familiares	Cartas de compromiso Formato de Caracterizacion Social y Ambiental Actas de Reunion de Analisis y Cartografia Matriz de Unidad de Analisis e Implementacion Formato Plan de Acción Cronograma Listado de Reunion de Equipo Mensual
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	No se realizaron activaciones de ruta	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	No se realizaron seguimientos de activación de ruta	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	No se realizaron canalizaciones	Formato de canalizaciones
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 realiza la intervención de 23 Planes Familiares Implementados en donde se brinda información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementacion
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 correspondiente a las familias intervenidas en el mes de Junio 2018	Cartas de compromiso Formato de caracterizacion social y ambiental Actas de reunion de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de accion cronograma Listado de reunion de equipo mensual
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, Formato de caracterizacion social y ambiental Actas de reunion de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de accion cronograma Listado de reunion de equipo mensual
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 pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	06/06/2018 Conversatorio sobre atencion al ciudadano	Listados de asistencia, link del video de la participacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,070,655 - TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

Liliana Gomez Barrera
CC 52083607

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Liliana Gomez Rondon

Firma supervisor

Scanned by CamScanner