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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA ROCÍO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52177857							
CORREO ELECTRONICO:	rolgarocio@gmail.com				CELULAR:	3125448590							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON-F009												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				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:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455900099819									PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4265-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	31054	FECHA	30/06/2018		
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.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2018		30	7	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.033.488
VALOR EJECUTADO	$3.495.690
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$537.798
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	87%

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
8328902281	$781.242,00	$97.800	$125.100	3	$19.200	**$242.100**

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

Yasmith Pirazán

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Olga Rodríguez

OLGA ROCIO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Salud publica				**Sede: Fontibón F 009**					
No. DE CONTRATO: 4265-2018		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	2018		30	7	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA ROCÍO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ		**C. C.**		52.177.857		**DE**	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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 X NO servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por las SDS / ESE	SI	Reunión Equipo de educación (Salón Veraguas).	Acta
		Apropiciación de lineamientos (vigencia julio a diciembre).	Acta
		Reunión Equipo de Salud Oral.	Acta
		Capacitación línea técnica SDS (Universidad Cooperativa).	Acta
		Conversatorio de Calidad.	Pre-test y Post-test
		Conversatorio Servicio al Ciudadano.	Pre-test y Post-test
		Clasificación a la calidad del cepillado y necesidad de atención en el Colegio INJUV (localidad de Fontibón).	Acta por salón y Formato de Salud Oral
		Clasificación a la calidad del cepillado y necesidad de atención en el IED Integrado de Fontibón.	Acta por salón y Formato de Salud Oral
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	NO	No se realiza caracterización.	Ninguno
Realizar entrega oportuna y con calidad los informes requeridos.	SI	Para este mes se presenta informe requerido por odontólogo y profesional de apoyo	Listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo alas canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No se realiza	Ninguno
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Si se ejecuta	Soportes
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	NO	No se realiza	Ninguno
Notificar todos los eventos de interés en salud publica	SI	No se presentaron eventos para notificar.	Ninguno
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma Auditora o Secretaría.	SI	Durante este mes se alistaron soportes para preauditoria del espacio de educación.	Listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos, informe cualitativo
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado.	SI	Se hizo entrega de todos los soportes requeridos por la profesional de apoyo y referente del espacio	Formatos de salud oral por curso firmados y debidamente diligenciados, ficha técnica
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	De presentarse se asumirá	Ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los documento entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se hace uso adecuado de los recursos de acuerdo al componente trabajado.	Ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras) $1.613.395.oo UN MILLÓN SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Olga Rocio Rodriguez

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52177857.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yasmith Pinzón Parra

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

Señor(a): OLGA ROCIO RODRIGUEZ SANCHEZ
No. Identificación: CC 52177857
Dirección: CRA 87 A N 6 A 15TORRE 20 APTO 102
Teléfono: 3125448590 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328902281

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	OLGA ROCIO RODRIGUEZ SANC
Tipo y Número de Identificación	CC 52177857
Número Planilla	8328902281
Fecha de Pago	7/17/2018
Número de Autorización de Pago	28902281
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.100
Total Interes Mora	$300

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.100	1
EPS008	Compensar EPS	$97.800	1

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO: 52177857
APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ SANCHEZ OLGA ROCIO

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC :
NO. DOCUMENTO
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información