6579

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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53098051						
CORREO ELECTRONICO:	tatica0423@yahoo.es				CELULAR:	3166283095						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR-BOSA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA ESPACIO VIVIENDA				SEDE:	PA27						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	37	K23	16	K13	15	K14	12	K16	15	K19	5
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00-4870248533								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0636/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	01/12/2018	NÚMERO DE CRP	8308	FECHA	31-01-2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistenacial en el area PIC,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TRES MILLLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$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:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$3.070.655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
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 **$1.953.105** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8325464711	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

ANGELA MARIA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

CC. N° 53098051 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0636/2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCT

TOTAL: $ 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 004870248533
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 1.136.142
K23	16%	$ 491.305
K13	15%	$ 460.598
K14	12%	$ 368.479
K16	15%	$ 460.598
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	5%	$ 153.533
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.655

	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,

OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS

CC. N° 53098051 de Bogota email: tatica0423@yahoo.es
TELEFONO CELULAR No 3168283095

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

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA			**Sede: Cabaña**							
No. DE CONTRATO:	0636-2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	*a*	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS			**C. C.**	53.096.051			**DE**	BOGOTA	

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.

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	17 planes familiares formulados 122 planes familiares implementados Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental 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
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	0 Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	N/A
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	0 Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	N/A
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	0 de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
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	122 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	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 formato de caracterizacion social y ambiental 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
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 reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión 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 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	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUNETA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS CC 53096051

Fecha 03/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

Señor(a): OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS
No. Identificación: CC 53098051
Dirección: DG 57 A SUR NO 79 C 70 BR NUEVA ROMA
Teléfono: 3168283095 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325464711

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 TATIANA HERNANDEZ CU
Tipo y Numero de Identificacion	CC 53098051
Numero Planilla	8325464711
Fecha de Pago	2/12/2018
Numero de Autorización de Pago	25464711
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Numero de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$380.200
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$196.600	1
EPS008	Compensar EPS	$153.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53098051
APELLIDOS Y NOMBRES: HERNANDEZ CUESTAS OLGA TATIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	1.228.262	1.228.262	1.228.262	0	153.600	196.600	30.000	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

PAGADO 1

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