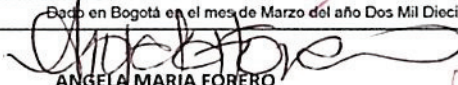
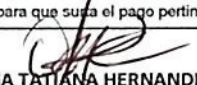


6038-7684

 La salud es tarea! Salud 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 TESORERÍA		Versión 1
			Fecha de aprobación 9/11/2018
			Código 15-02-FO-0002

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:		3168283095								
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		0638/2018					N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 2 DE 2								
NÚMERO DE CDP		32		FECHA		1/12/2018		NÚMERO DE CRP		8308		FECHA		31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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		DÍA		MES		AÑO		HASTA		DÍA		MES		AÑO	
				1		3		2018				30		3		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		TRES MILLONES 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										\$6.141.310							
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES											
8325992943	\$1.228.000,00	\$153.600	\$196.600	3	\$30.000	\$380.200											
Dado en Bogotá en el mes de Marzo 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										

Handwritten signature and date:
 22/11

BOGOTA MARZO

2018

CUENTA DE COBRO

2

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 MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0636/2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de

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

TOTAL COBRO:

TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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 00-4870248533

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: tatiana0423@yahoo.es

TELEFONO CELULAR No 3168283095

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2	Fecha de aprobación: 03/04/2017		
No. DE CONTRATO: 0636-2018		Periodo certificado desde el:		Código: 04-02-FO-0003	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS		C. C.		53 098.051	DE	BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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		
Especificos 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	22 Planes Familiares Formulados 138 Planes Familiares Implementados 22 Unidades de análisis 1 Reuniones de Equipo Espacio Vivienda		Cartas de compromiso Formato de Caracterización Social y Ambiental Actas de Reunión de Análisis y Cartografía Matriz de Unidad de Análisis e Implementación 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 Activación de Ruta correspondientes a menores de 5 años		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 ha realizado Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional		Matriz de unidad de análisis 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	2 notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional		Formato de notificación comunitaria o de interés 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	93 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.		Matriz de unidad de análisis 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 prescripciones del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías 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 caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 asumirá el 100% de la glosa generada		cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 transmisibles, no transmisibles 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	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas. Reunión espacio Marzo 2018		Listados de asistencia, que den cuenta de la participación		
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR : 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE							
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA OLGA TATIANA HERNANDEZ CUESTAS				Fecha: 03/04/2017 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	8325992943		

Respetado señor(a)

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



Nombre	OLGA TATIANA HERNANDEZ CU
Tipo y Número de Identificación	CC 53098051
Número Planilla	8325992943
Fecha de Pago	3/7/2018
Número de Autorización de Pago	1000000312
Banco	1001
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$380.200
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO		53095051								
APELLIDOS Y NOMBRES		HERNANDEZ CUESTAS OLGA TATIANA								
COD EPS	COD AFP	UFG	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

[illegible]