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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	1 9/11/2016 Código: 15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026559969						
CORREO ELECTRONICO:	dianis,25@hotmail.com				CELULAR:	3007003234						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO 05											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FONTIBON				SEDE:	PAPS 48						
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	9700132591				pensionado	NO						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0049-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		pago 1 de 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8769	FECHA	31/01/2018
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	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0					

OBSERVACIONES:

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8668604860	$1.228.262	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$380.000**

Dado en Bogotá 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:

DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA
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

DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA
CC. N° 1026559969 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0049-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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 M/C

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 009700132591
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 1.137.793
K23	16%	$ 488.003
K13	15%	$ 460.598
K14	12%	$ 368.479
K16	15%	$ 460.598
KO7	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	5%	$ 155.184
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,

DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA
CC. N° 1026559969Bogota email:dianis.25@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No 3007003234

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA				Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	0049-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	2	2.018		28	2	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA		C. C.		1.026.559.969	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
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 segun 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	15 Planes Familiares Formulados 65 Planes Familiares Implementados Reuniones de Equipo Espacio Vivienda 22 CIERRES	Cartas de compromiso Formato de Caracterizacion Social y Ambiental Actas de Reunión de Analisis y Cartografía 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	Tres Activaciones 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	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud publica. 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.	NO	No se realizaron notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud publica
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	15 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 cartografía 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 cartografía 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 publica (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 (1 reunion de equipo a cargo de la profesional de apoyo)	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS: 3,070,655

Diana Martinez Garcia
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1026559969

Fecha Aprobación Firma de revisión supervisor

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIANA MARCELA MARTINEZ GARCIA
IDENTIFICACION:	CC-1026559969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-02-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-02-15
FECHA DE PAGO:	2018-02-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-02
PERIODO SALUD:	2018-02
NUMERO PLANILLA:	8668604860
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653307110
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 153.500	$ 153.500
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 0	$ 196.500	$ 196.500
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 30.000	$ 30.000
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 0	$ 24.600	$ 24.600
		Total a pagar		$ 0	$ 404.600	$ 404.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/03/2018