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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANGELICA JAZMIN SUAREZ PUENTES | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.030.542.711 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | angelica0180@hotmail.com | | | | CELULAR: | 310-3062577 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SU 40 | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | PAPS 11 | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | | | | % | | | | |
| | K27 | | | | 100% | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590412537 | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0042-2018 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | PAGO 5 DE 5 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 961 | FECHA | 06/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 23695 | 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 0% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 101304294 | $1.228.000,00 | $153.700 | $196.700 | 3 | $30.100 | $380.500 |

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELICA SUAREZ PUENTES
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 | 2 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC | | Sede: PAPS 11 SU 40 | | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0042-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 6 | 2.018 | | 30 | 6 | 2.018 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ANGELICA SUAREZ PUENTES | | C. C. | 1.030.542.711 | | | DE | BOGOTA | | | |

**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.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI __X__ 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 | 10 implementaciones en HCB elaboracion y entrega de informes a madres comunitarias, realizacion de ultimo modulo y aplicación de evaluacion de AIEPI y ceremonia de graduacion madres comunitarias | Matriz de unidad de analisis<br>Formato plan de acción<br>cronograma |
| 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 | 5 activacion de ruta correspondientes a menores de 5 años este mes, por riegos de bajo peso encontrado en HCB de puente aranda. | 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 | 0 Cero, no se encontraron casos para realizar Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional | No aplica 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 | 0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional | No aplica 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 | SI | 10 implementaciones por el profesional brindando información sobre temas priorizados por cada uno de los jardines | 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 | Se realiza entrega de acuerdo a la solicitud por profesional de apoyo durante el mes de mayo | Formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas deacercamiento<br>matriz de unidad de analisis<br>Formato plan de acción<br>cronograma |
| 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. | Cartas de compromiso<br>formato de caracterizacion social y ambiental<br>actas de reunión de analisis y cartografia<br>matriz de unidad de analisis e implementacion<br>Formato plan de acción cronograma<br>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 | Capacitacion para acreditacion ,1-8-15-22-29<br>Reunión de equipo 25 junio del 2018 | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): (3,070,655) TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:ANGELICA SUAREZ PUENTES
C.C 1030542711

Fecha : dd/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.

Scanned by CamScanner