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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1014218090						
CORREO ELECTRONICO:	alejap4@gmail.com				CELULAR:	3008410417						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SU40							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PAPS 11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	k27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	458200121705								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0378-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	06/06/2018	NÚMERO DE CRP	23971	FECHA	31/05/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion 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: (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:	$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 **$1.953105**, 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
1012936352	$1.228.000,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$387.400**

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

ANGELA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA			**Sede: PAPS 11 SU40**					
No. DE CONTRATO:	0378 -2018	**Periodo certificado desde el**	1	6	2.018	a	30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL		C. C.	1.014 218 090		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion 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	5 hogares gerontologicos IPM, implementacion del plan de accion, 3 instituciones para habitante de calle 2 instituciones de personas privadas de la libertad mayores carcel modelo y menores cipla	Cronograma de actividades,listado de reunion de equipomensual,actasde las actividades realizadas en cada instutucion.
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	Realizar seguimiento a oportuno a los casos diagnosticados por la linea de VIH sifilis TB y salud mental	Actas de reunion
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	Realizar canalizaciones pertinentes a las areas requeridas en caso de tener un posible diagnostico de vih sifilis TB y salud mental	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	por medio de la realizacion de centros de escucha con tematicas de autocuidado, como asumir cuidado y como afrontar un diagnostico.	Actas de reunion, listado de centro escucha
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 instituciones e IPM intervenidas en el mes	cronograma listado de reunion de equipo mensual,actas de actividades realizadas en cada institucion base de seguimientos a casos de VIH Sifilis tablero de control base de centro de escucha informe IMP.
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	accion cronograma listado de reunion de equipo mensual actas de las actividades realizadas en cada institucion bases de seguimiento a casos de VIH Sifils tablero de control base de centro de escucha informe de IPM
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 25/06/2018, asistencias tecnicas programada, 29/06/2018 ceremonia cierre IPM	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR. TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C $3.070.655

Alejandra Pinzón Angel

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1014218090

supervisor (Nombre completo/número de cédula)

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

Scanned by CamScanner