6-38-6801

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.031.016						
CORREO ELECTRONICO:	kygonzalezs@gmail.com				CELULAR:	3102568327						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA 21											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	BOSA						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	141-234404-72								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0370 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9084	FECHA	31/01/2018		
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	2	2018		28	2	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE					$3.070.655				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				
OBSERVACIONES: CENTROS DE COSTO K16 15% K19 5%									

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
8356412460	$1.228.000,00	$154.700	$198.000	3	$30.300	**$383.000**

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:

KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Final 20.02.18

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: 04-03-PO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC - ESPACIO VIVIENDA			Sede: BOSA							
No. DE CONTRATO:	0370 - 2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes		Año
			1	2	2018		28	2		2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMENTO		C. C.	$3.031.016 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 ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 Secretaria Distrital de Salud	SI	Durante el mes de Febrero se cumple con los criterios establecidos por la SDS de la asistencias para la nueva vigencia	Formatos diligenciados correctamente y en su totalidad de las familias visitadas duarnte el mes de octubre
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	SI	Durante el mes de Febrero se realizan 15 cartas de compromiso, 15 caracterizaciones, 15 concertaciones, 15 unidades de analisis, 12 primeras implementaciones, 12 segundas implementaciones, 7 terceras implementaciones y 23 familias cerradas. De igual manera se realiza cronograma y plan de accion mensual y diligenciamiento de la matriz de unidad de analisis	15 cartas de compromiso, 15 caracterizaciones con firma del Usuario de las implemetaciones recibidas por parte del profesional 18 apgar de 18 a 69, 3 apgar de 7 a 17, 8 cuestionarios de pautas de crianza 15 actas con unidades de analisis plan de accion mensual y cronograma mensual, matriz de unidad de analisis
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque 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	En el mes de Febrero se realizo visita de caracterizacion y de implementacion a menores de 5 años, evento de sifilis gestacional y congenita, embarazo en adolescente, violencias y discapacidad	caracterizaciones y retroalimentacion de base
Notificar todos los eventos de interés en salud publica	SI	En el mes de Febrero se hizo 1 notificacion de eventos de interés en salud publica	1 notificacion diligenciada y envida
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 Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	Durante el mes de Febrero no se realiza activaciones de ruta	No aplica
nformar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	Durante el mes de Febrero se informa a las 15 nuevas familias caracterizadas y se les recuerda a familias durante la implementacion sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud en cada visita realizada	15 caracterizaciones con firma del usuario de 88 visitas realizadas por parte del profesional
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	SI	Durante el mes de Febrero no fueron programadas	No aplica
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algun factor de riesgo con su respectiva retroalimentación	SI	Durante el mes de Febrero se realizo seguimiento a gestantes con sífilis caracterizadas en Febrero y a menores de 5 años	caracterizaciones de gestantes y cuidadores de niños menores de cinco años con firma del usuario de la visita recibida por parte del profesional y alimentacion de la base
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Durante el mes de Febrero se hizo entrega de los soportes de las visitas a la lider del proceso	15 caracterizaciones de visitas realizadas y 15 actas con unidades de analisis entregadas a la lider
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	En el mes de Febrero se realizaron ajustes cuando fueron requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio vivienda	No aplica
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se entregan productos realizados en el mes de Febrero a la profesional de apoyo para la su custodia	15 cartas de compromiso, 15 caracterizaciones con firma del Usuario de las implemetaciones recibidas por parte del profesional 18 apgar de 18 a 69, 3 apgar de 7 a 17, 8 cuestionarios de pautas de crianza
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Durante el mes de Febrero se alistan soportes parar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS	15 cartas de compromiso, 15 caracterizaciones con firma del Usuario de las implemetaciones recibidas por parte del profesional 18 apgar de 18 a 69, 3 apgar de 7 a 17, 8 cuestionarios de pautas de crianza 15 actas con unidades de analisis plan de accion mensual y cronograma mensual, matriz de unidad de analisis
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).	SI	Si se presenta glosa se asume el 100% por parte del profesional el pago de la misma	No aplica
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE	SI	Para el mes de Febrero no se programaron desde la subred jornadas	No aplica
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica	SI	En Febrero se hace abordaje de los siguientes casos 15 familias de las cuales se encuentran personas en condicion de discapacidad y eventos de salud sexual y reproductiva, las cuales presentaban riesgos psicosociales	15 cartas de compromiso, 15 caracterizaciones y retroalimentacion de bases
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	En Febrero se asiste oportunamente a las reuniones o asistencias tecnicas programadas por parte de la profesional de apoyo del espacio vivenda de la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	Acta con firma de asistencia a las diferentes reuniones

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): 3.070.656 TRES MILLONES SETENTA MIL, SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCTE

Kareen Gonzalez

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 53031016

Fecha, aprobacion Firma de recibido supervisor

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

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

KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO
CC. N° 53,031,016 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0370 - 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.

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 141-234404-72
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 1.136.143
K23	16%	$ 491.305
K13	15%	$ 460.597
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,

Kareen Yohana Gonzalez Sarmiento
CC. N° 53,031,016 Bogota email: kygonzalezs@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3102568327

Señor(a): KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO
No. Identificación: CC 53031016
Dirección: CALLE 22H # 107 - 78
Teléfono: 7111111 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325612460

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	kareen yohana gonzalez sarmiento
Tipo y Número de Identificación	CC 53031016
Número Planilla	8325612460
Fecha de Pago	2/15/2018
Número de Autorización de Pago	25612460
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$383.000
Total Interes Mora	$3.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$198.000	1
EPS008	Compensar EPS	$154.700	1

TIPO DOC.	CC
NO. DOCUMENTO	53031016
APELLIDOS Y NOMBRES	gonzalez sarmiento kareen yohana

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	1.228.000	1.228.000	1.228.000	0	153.500	196.500	30.000	0

TIPO DOC.	
NO. DOCUMENTO	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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