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:	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:	SU44						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SUR	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo				%		
	K28				100%		
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:	370 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36713	FECHA	31/08/2018			
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	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS.	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$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:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$27.597.513
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	6.102.928
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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
8329880227	$1.228.000,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$380.000**

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

SANDRA M RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	07/04/2017	
		Código	04-C2-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ESPACIO TRABAJO		Sede: SUR OCCIDENTE						
No. DE CONTRATO:	370 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2018		31	10	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREEN YOHANA GONZALEZ SARMIENTO		C. C.	53.031.016		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 ____

Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	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 Octubre 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 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 Octubre se realizaron 9 primeras asesorias y 10 segundas asesorias a adolescentes, 5 utis altas y 30 utis medias, correspondientes a la localidad de puente aranda; y 56 visitas a utis medias de la localidad de kennedy	9 formatos de primeras asesorias y 10 formatos de segundas asesorias a adolescentes, 5 formatos de visita psicosocial a utis altas y 30 formatos de visitas de utis medias en puente aranda y 56 formatos de visitas a utis medias de asesoria psicosocial en la localidad de kennedy.
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.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
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	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
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 Octubre se informa a las 110 utis visitadas sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	110 formatos de utis con firma del usuario de la visita de la asesoria psicosocial recibida.
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Durante el mes de Octubre se hizo entrega de los soportes de las visitas	9 formatos de primeras asesorias y 10 formatos de segundas asesorias a adolescentes, 5 formatos de visita psicosocial a utis altas y 30 formatos de visitas de utis medias en puente aranda y 56 formatos de visitas a utis medias de asesoria psicosocial en la localidad de kennedy
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	En el mes de Octubre se realizaron ajustes cuando fueron requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio trabajo	No aplica.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos .	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
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).	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica.	SI	Se realiza seguimiento correpondiente en las utis visitadas	formatos de visitas realizadas
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	En Octubre se asisite 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.	Asistencia a las diferentes reuniones, 1 de octubre reunion de equipo, PDA salud mental 2 de Octubre, conversatorios de calidad dias viernes del mes de Octubre, 11 de Octubre jornada en alcaldia local de puente aranda, reunion de equipo

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (3.070.655)

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL Kareen Yohana Gonzalez 53031016

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.

Señor(es): kareen yohana gonzalez sarmiento
Nit: CC 53031016
Dirección: calle 22h # 107 - 78
Teléfono: 7111111 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	kareen yohana gonzalez san
Tipo y número de identificación	53031016
Número de radicación planilla	8329880227
Fecha de pago	9/5/2018
Número de autorización de pago	93593422
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2018
Periodo cotización pensión	Septiembre 2018
Periodo cotización caja	Septiembre 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$380.000
Total interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$196.500	1
EPS008	Compensar EPS	$153.500	1

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