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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1110488511						
CORREO ELECTRONICO:	ginitasaavedra29d@gmail.com				CELULAR:	3132550105						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON FO01											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4657936753								PENSIONADO	No		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0204 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8920	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Publica para el hospital de Fontibon E.S.E o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		30	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395									
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:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$3.226.790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8325714428	$781242	$98.300	$125.800	3	$19.300	**$243.400**

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

SMITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
CC. N° 1110488511 Ibague

Por concepto de servicios prestados durante el mes de **MARZO de 2018** según contrato de prestación de servicios No **0204 / 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: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVIVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

TOTAL: $ 1.613.395

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 4657936753
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	100%	$ 1.613.395
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.613.395

	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,

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
CC. N° 1110488511 email: ginitasaavedra29d@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3132550105

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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**		**Sede:**	**FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	0204-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2018		30	3	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA**		**C. C.**	**1.110.488.511**			**DE**	**IBAGUE**	

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
* Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	* Se realizó entrega diaria y semanal un total 100 eventos para intervención de epidemiológica de campo, Y entrega semanal al grupo de barridos en un total de 60; para los eventos de Vigilancia en Salud Publica con calidad y oportunidad en subsistema TRANSMISIBLES	* Fichas de notificación con pre-critica , envio via web a nivel local y interlocal y base en drive con relacion de fichas entregadas. Base iec y base interlocal.
Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP	SI	* Se realizó entrega diaria y semanal al subsistema SALUD MENTAL un total de 190 eventos recibidos en la notificación diaria y semanal del mes de marzo, con calidad y oportunidad. * Se realizó entrega diaria y semanal al subsistema SALUD SEXUAL Y REPRODUCCTIVA un total de 100 eventos recibidos en la notificación diaria y semanal del mes de marzo, con calidad y oportunidad. * Se realizó entrega diaria y semanal al subsistema SISVAN un total de 60 eventos recibidos en la notificación diana y semanal del mes de marzo, con calidad y oportunidad. * Se realizó entrega diaria y semanal al subsistema SISVESO un total de 10 eventos recibidos en la notificación diaria y semanal del mes de marzo, con calidad y oportunidad. * Se realizó envió diario a interlocal en un total de 100 eventos para intervención en las demás subredes.	Fichas de notificación con pre-critica , envio via web a nivel local y interlocal y base en drive con relacion de fichas entregadas.
Realizar la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), con sus implicaciones barrido casa, verificación de esquema de vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las población vulnerable	NO	No esta programado para el mes de marzo de 2018	No esta programado para el mes de marzo de 2018
Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.	SI	Se participo en capacitacion de toma de muestra para probables tosferinas en SDS el día 8 de marzo 2018.	Acta y listados de asistencia.
Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área, del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés.	SI	Se realizo entrega y envio oportuno de las fichas a nivel local y interlocal.	Fichas de notificación con , envio via web a nivel local y interlocal y base en drive con relacion de fichas entregadas.
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando poste	SI	Se asistio a reuniones de área en el mes de marzo citadas por la lider y por la coordinadora de Vigilancia en Salud Publica. Se participito los dias 2-9-16-23 de Marzo del 2018 en el Conversatorio institucional.	Acta y listados de asistencia.
Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado	SI	Se realizo escaneo, envio y entrega de fichas de notificacion de eventos de Vigilancia en Salud Pública. Se participo en el alistamiento y revision de soportes para la auditoria realizada el dia 13/03/2018.	Fichas de notificaicon impresas, soportes de envio via web y bases de IEC y interlocal.
Verificar concordancia fisico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	Se realizó verificacion de las fichas junto con las bases de IEC, Interlocal y Bases del Drive. Revisión y precritica de las fichas de notificación recibidas en el área. Se realizo envio de cronograma de actividades correspondiente al	Fichas de notificación con pre-critica , envio via web a nivel local y interlocal y base de IEC y Interlocal y bases en drive con relacion de fichas entregadas. Cronograma enviado VÍA WEB
Participar en pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se realizó participación en pre auditoria concurrente, seguimiento de las actividades realizadas y presentación de soportes en físico con calidad y oportunidad.	Acta de pre-auditoria.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 UN MILLON SEIS CIENTOS TRECE MIL TRES CIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/C.

Gina Paola Saavedra
1110488511
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 5/mayo/2018

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

Señor(a): GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA
No. Identificación: CC 1110488511
Dirección: CRA 80 G BIS 43-58 SUR
Teléfono: 4200778 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325714428

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	GINA PAOLA SAAVEDRA GONGO
Tipo y Número de Identificación	CC 1110488511
Número Planilla	8325714428
Fecha de Pago	3/1/2018
Número de Autorización de Pago	85367974
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$257.500
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$15.700	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1110488511
APELLIDOS Y NOMBRES SAAVEDRA GONGORA GINA PAOLA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	781.242	97.700	125.000	19.100	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

PAGADO 85367974

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