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:	DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	36068794							
CORREO ELECTRONICO:	dianamendez18@hotmail.com				CELULAR:	3107959103							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380755038								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0559-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 12 DE 12	
NÚMERO DE CDP	2121 27	FECHA	27/12/2018 10/01/2019	NÚMERO DE CRP	51309 8109	FECHA	28/12/2018 15/01/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	1	2019		31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.747.240							
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:	$44.966.880
VALOR EJECUTADO	$44.966.880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
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
14020136	1.498.896	$187.400	$239.900	3	$36.600	$463.900

Dado en Bogotá en el mes de Enero del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA MILENA MENDEZ R
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Salud publica						**Sede: Fontibon**			
No. DE CONTRATO:	0559-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	1	2.019		31	1	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Diana Milena Mendez Ramirez		**C. C.**		36.068.794		**DE**		Neiva	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X **NO** ___ Servicios: SI ___ NO X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lienamientos, standares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sured Suroccidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Acompañamiento a Utis de alto impacto 90 de la localidad de Fontibon y Kennedy. 1 GOTIS: 1-31/01/19.	Formatos de asesorias a utis altas: 90 asesorias de primera. 1-31/01/19
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-Sub Red Suroccidente.	SI	90 utis de primer seguimiento a Utis de alto impacto. 1 Goti Fontibon	Formatos de asesorias a utis altas: 30 visitas a utis de Fontibon y 60 visitas a utis de Kenney
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes
participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la ESE como por la Subred Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignada.	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones a los servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS	SI	Demanda inducida a servicios de salud	Formatos de asesorias a utis altas: 90 utis de Fontibon-Kennedy
Alistar soportes y presentar auditoria tanto en la subred sur occidente como la firma auditora o secretaria	SI	No aplica para este mes	No aplica para este mes
Notificar todos los eventos de interes en salud pública	SI	Seguimiento y Notificacion a posibles eventos de interes	No se presentaron en los casos intervenidos.
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus derechos y deberes en seguridad social en salud	NO	Demanda inducida a servicios de salud	Formatos de asesorias a utis altas: 90 utis de Fontibon-Kennedy
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Entrega de soportes cuando han sido requeridos por lider del Espacio	Formatos de asesorias a utis altas: 90 utis de Fontibon Y Kennedy
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido a corde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Realizar ajustes cuando se ha requerido, por solicitud de lider	A la fecha se ha realizado los ajustes necesarios a los formatos.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Entrega de datos cuantitativos y cualitativos. 31/01/2019	Tablero de indicadores del mes:31/01/2019
Asumir el 100% de glosa generada por firma interventora, al determinar inconsistencia en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soporte,entre otras)	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes
Participar en procesos de induccion y reinducción.	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes
Participar en reuniones convocadas por la SDS a nivel local y por la institucion.	SI	Reunion de Equipo:18/01/19 Seguimiento a Meta:10-21/12/18	Acta de asistencia:18,31/01/19
Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	Archivo organizado con los formatos de utis intervenidas	Formatos con calidad para archivo
Velar por el buen uso de los equipos y elementos suministrados por la institución.	SI	Adecuado uso a equipos y elementos suministrados	Adecuado uso de formatos y papeleria
dar respuesta oportuna a queja, reclamo o derechos de peticion tanto Internos como externos corresponsables a su actividad.	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.747.240 TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ

CC 36068794

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.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC-36068794
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-01-24
FECHA DE PAGO:	2019-01-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2018-12
PERIODO SALUD:	2018-12
NUMERO PLANILLA:	14020136
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	14020136
TIPO DE PLANILLA:	Y

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.400	$ 187.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239.900	$ 239.900
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.600	$ 36.600
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 30.000	$ 30.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 493.900	$ 493.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/01/2019