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:	ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52760210							
CORREO ELECTRONICO:	anambolivar@hotmail.com				CELULAR:	3164668113							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADMINISTRATIVA 1				SEDE	PA14							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A37	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62473001824								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4912-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	43282	FECHA	03/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TRABAJADORA SOCIAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	3.382.295									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13,529,180
VALOR EJECUTADO	$13,529,180
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,382,295
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8483076011	$1,353,000	$169,200	$216,500	3	$33,000	$418,700

Dado en Bogotá a los (30) dias del mes de Octubre del año Dos Mil dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NATHALY PUERTO BONILLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANA MERCEDES BOLIVAR
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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Adminstrativa 1				Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	4912 / 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	10	2,018		31	10	2,018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana Mercedes Bolivar Pineda		C. C.		52,760,210		DE		Bogota		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TRABAJADORA SOCIAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institucion.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI __X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Planear, controlar y evaluar las acciones y actividades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en concordancia con las políticas nacionales, distritales gerenciales.	SI	Seguimiento a indicdores programa de Joven.	Tablero de Indicadores
2. Participar en la aplicación y evaluación de los Estándares de Acreditación misionales, en el marco de la gestión de la calidad y mejora continua.	SI	Participacion mesa primaria PYD	Acta de reunion
3. Apoyar la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de los planes de mejoramiento institucionales	SI	Participacion mesa primaria PYD	Acta de reunion
4. Promover el desarrollo de acciones de promoción de la salud prevención de la enfermedad en búsqueda de impacto social.	SI	Seguimento al Programa del joven, implementacion estrategia SEXPERTO.	Asignacion de citas desde la plataforma SEXPERTO
5. Propender por el cumplimiento de las metas propuestas a nivel institucional en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que garantice respuesta social.	SI	Seguimiento a indicdores programa de Joven.	Tablero de Indicadores
6. Velar por la actualización, formulación y aplicación de las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos.	SI	ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO Y TABLERO DE INDICADORES DEL PROGRAMA DEL JOVEN	DOCUMENTO Y TABLERO DE INDICADORS
7. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
8. Fomentar la aplicación de las decisiones de tipo gerencial y estratégicas.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
9. Fomentar el autocontrol en las acciones a desarrollar en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la aplicación del proceso, subproceso y procedimiento definidos en el manual de calidad del Hospital.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
10. Velar por el cumplimiento de las actividades asistenciales de protección temprana, detección específica, apoyo diagnóstico y terapéutico, de rehabilitación programada de acuerdo a los planes definidos por la Junta Directiva de la institución.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
11. Velar por el cumplimiento de las normas técnico - cientificas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y velar por la validez cientifica de las técnicas y procedimientos utilizados en la prestación de los servicios de promoción y prevención.	SI	ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE PROGRAMAS BANDERAS	DOCUMENTOS PROGRAMAS BANDERA
12. Propender estrategias pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados.	SI	ASISTENCIA TECNICA DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL JOVEN. APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA DE LOS PROFESIONELES DE SALUD	INFORME DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE JOVEN
13. Promover el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en la operativización y ejecución de los procesos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	NO	ASISTENCIA TECNICA DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL JOVEN. APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA DE LOS PROFESIONELES DE SALUD	INFORME DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE JOVEN
14. Propiciar la efectiva participación del individuo, la familia y la comunidad en los procesos de autogestión, autocuidado, detección temprana y protección específica y concepto positivo de la salud a través de las acciones que adelanta la unidad o de las áreas de su responsabilidad.	SI	JORNADA DE EDUCACION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A JOVENES DEL COMEDOR COMUNITARIOS DE FONTIBON EN EL RINCON DEL JOVEN	LISTADO DE ASISTENCIA-FACTURAS CITAS DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL JOVEN
15. Facilitar la participación ciudadana, a partir de mecanismo creados por el sistema general de seguridad social en salud, a través de las acciones que adelanta la unidad o de las áreas de su responsabilidad.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA

16. Participar activamente en los comités en los que asiste que garantice cumplimiento de los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y atención resolutiva	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
17. Evaluar el desempeño de las personas a su cargo y registrar los datos en el la libreta de calificaciones institucional.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
18. Velar y cumplir la normatividad vigente respecto al manejo de colaboradores a su cargo.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
19. Formular y ejecutar las acciones preventivas, y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA
20. Ejercer las actividades de interventoría o supervisor en caso de ser designadas.	NO	NO PROGRAMADA PARA EL PERIODO EVALUADO	NO SE REGISTRA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.382.295 (TRES MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y DOS MILL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS)

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

Bogotá D.C., OCTUBRE 2018

CUENTA DE COBRO 4

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA MERCEDES BOLIVAR PINDA
C.C. No. 25.760.210

Por concepto de servicios prestados durante el mes de SEPTIEMBRE según la Orden de prestación de servicios No 4912 DE 2018 de acuerdo al informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

Numero de turnos/ horas/ días: 30 días

TOTAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

TOTAL: $ 3.382.295

CENTRO DE COSTO	PORCETANJE %	VALOR
N316	100%	$ 3.382.295
TOTAL	100%	$ 3.382.295

- Autorizo a la Unidad prestadora de Servicios de Salud sur Occidente ESE, **consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 62473001824 del Banco BANCOLOMBIA**

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2016		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT ($41.654.200.00)		X

Cordialmente,

ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA
Cédula: 52760210
E- MAIL: anambolivar@hotmail.com
Cel. 3164668113