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:	JENNY MABEL MENDOZA HILARION												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.022.928.075							
CORREO ELECTRONICO:	jmmendozah@unal.edu.co				CELULAR:	3208782358							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU 40												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Paps 11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462870057280								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	704-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 7 DE 7	
NÚMERO DE CDP	1249	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	32572	FECHA	31/07/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INEGRADA 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	8	2018		31	8	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0					

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21.494.585
VALOR EJECUTADO	$21.494.585
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
357112818	$1.228.262	$153.533	$196.522	3	$29.920	$379.975

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

ANGELA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNY MABEL MENDOZA HILARION
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA HCB			**Sede:**	**PAPS 11 SU 40**					
No. DE CONTRATO:	0704-2018	**Periodo certificado desde el**		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY MABEL MENDOZA HILARION			C. C.	1.022.928.075		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Odontologa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Especificos 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	32 Caracterizaciones de Hogares Comunitarios de Bienestar 9 Implementaciones en HCB Reunion de equipo para el dia 10 de Agosto Asistencia Tecnica de Salud Oral 14 de Agosto	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental, actas de reunión, implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual, Actas de desarrollo de asistencias tecnicas.
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. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	0 cero, no se encontraron para realizar activacion de ruta correspondientes a menores de 5 años este mes	No aplica
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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	No aplica
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. 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.	SI	0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interes en salud pública realizadas por profesional	No aplica
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	32 HCB intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social	Formatos e implementaciones
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a listados y actas	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental, actas de reunión, implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual, Actas de desarrollo de asistencias tecnicas.
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental, actas de reunión, implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual, Actas de desarrollo de asistencias tecnicas.
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	32 Caracterizaciones de Hogares Comunitarios de Bienestar 9 Implementaciones en HCB Reunion de equipo para el dia 10 de Agosto Asistencia Tecnica de Salud Oral 14 de Agosto, revision de soportes cada 8 dias, acreditacion	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación y actas de desarrollo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos MCTE $ 3.070.655

Jenny Mendoza 1022928075

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nayibe Quitian Vargas C.C 1.030.588.149

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Scanned by CamScanner