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:	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 8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36855	FECHA	31/08/2018		
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	9	2018		30	9	2018		
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:	$41.219.640
VALOR EJECUTADO	$29.977.920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11.241.720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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
13490137	1.498.896	$187.400	$239.900	3	$36.600	**$463.900**

Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil diesiocho (2018). 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 Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	Salud publica					**Sede: Fontibon**			
No. DE CONTRATO:	0559-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	9	2.018
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 102 de la localidad de Fontibon y Puente Aranda. 1-30/9/18.	Formatos de asesorias a utis altas: 20 asesorias de primera , 10asesorias de segunda, 40 asesoria de tercera y 32 de cuarta asesoria. 1-30/9/18
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	20 asesorias de primera , 10 asesorias de segunda, 40 de tercera y 32 asesorias de cuarta seguimiento a Utis de alto impacto.	Formatos de asesorias a utis altas: 102 visitas a utis de Fontibon y Puente Aranda
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.	SI	Jornada_feria de servicios	Feria de servicios en salud:29/09/2018
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: 102 utis de Fontibon
Alistar soportes y presentar auditoria tanto en la subred sur occidente como la firma auditora o secretaria	NO	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	SI	Informacion sobre el SGSSI	Durante la 1 asesoria en las UTIS altas
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: 102 utis de Fontibon Y puente Aranda
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. 28/09/2018	Tablero de indicadores del mes:28/09/18
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 Jornada Entornos saludables 10 y 11/09/18 Reunion de Equipo:20/09/18 Seguimiento a Meta:17/09/18	Acta de asistencia:10,11,17,20,/09/18
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.

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ **Identificación:** CC-36068794 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2018-09-16 **Fecha limite de pago:** 2018-10-23 **Fecha de pago:** 2018-09-05 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2018-09 **Período salud:** 2018-09 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** Y **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 13490137	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$0	$0	$0	$239.900	$239.900	☐
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$0	$0	$0	$187.400	$187.400	☐
14-28	800256161	ARL SURA	1	$0	$0	$0	$36.600	$36.600	☐
CCF24	860066942	Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR	1	$0	$0	$0	$30.000	$30.000	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$0	$493.900	$493.900	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MENDEZ	RAMIREZ	DIANA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36068794

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES ABR AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Huila

CIUDAD Hobo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

kr 74 No 163-33 T3 apt 603

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2886794

EMAIL dianamendez18@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1995
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	3	X		ESPECIALISTA EN ERGONOMIA	3	2014	
MG	4	X		MAGISTER EN DOCENCIA	4	2012	
ES	2	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	2	2004	Resolución 6412 de 09/06/2015
UN	9	X		PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA	6	2002	36068794

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Secretaria de Educación Cundinamarca	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Funza	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 000000000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 3 AÑO 2003	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 7 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: Profesional Fisioterapia- Educación Especial	*DEPENDENCIA*: Educación especial	*DIRECCIÓN*: Av 26 No 51-53	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Secretaria Educación Funza	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Funza	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 8264242	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 8 AÑO 2002	*FECHA DE RETIRO*: DIA 25 MES 11 AÑO 2002	
CARGO O CONTRATO: Profesional Fisioterapia- Educación Especial	*DEPENDENCIA*: Educación especial	*DIRECCIÓN*: cr 14 No 13-35	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	13	5
PRIVADO	2	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	15	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 17-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MILENA MENDEZ RAMIREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 36068794 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección kr 74 No 163-33 T3 apt 603 **Teléfonos** 3107959103 2886794

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Mariana Peñaranda Mendez	1011324486	HIJO(A)
Miguel David Peñaranda Mendez	1014888084	HIJO(A)
Myriam Ramirez De Mendez	26511407	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 9.600.000,00
HONORARIOS	$ 43.839.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 53.439.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	AHORROS	007380755038	Fontibon	$ 250.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	aaa0240jhft	$ 325.508.000,00
VEHICULO	jgs049	$ 33.900.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Banco Occidente	compra apt y tarjetas	$ 101.230.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Miguel Arturo Peñaranda Mallungo	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79457442

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018
CIUDAD Y FECHA