| 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 | 9/11/2016 | |
| | | 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 9 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 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 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 | $33.725.160 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.747.240 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7.494.480 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

**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 Octubre del año Dos Mil dieciocho (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**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 2 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 10 | 2.018 | | 31 | 10 | 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 111 de la localidad de Fontibon y Puente Aranda. 1-31/10/18. | Formatos de asesorias a utis altas: 41 asesorias de primera , 20 asesorias de segunda, 10 asesoria de tercera y 40 de cuarta asesoria. 1-31/10/18 |
| 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 | 41 asesorias de primera , 20 asesorias de segunda, 10 de tercera y 40 asesorias de cuarta seguimiento a Utis de alto impacto. | Formatos de asesorias a utis altas: 111 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. | 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 esistenciales y sociales para articular el PIC y el POS | SI | Demanda inducida a servicios de salud | Formatos de asesorias a utis altas: 111 utis de Fontibon |
| Alistar soportes y presentar auditoria tanto en la subred sur occidente como la firma auditora o secretaria | SI | Se deja listo soportes de actas, formatos de utis y goti de los meses de julio. Agosto y septiembre | Productos de 1 Goti kennedy, 32 utis altas de Fontibon de cierres de septiembre y actas de apoyo a revision de soportes a tecnologos |
| 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: 111 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. 01/10/2018 | Tablero de indicadores del mes:01/10/18 |
| Asumir el 100% de glosa generada por firma interventora, el 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:17/10/18<br>Seguimiento a Meta:17-31/10/18 | Acta de asistencia:17,31,/10/18 |
| 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<br>**Identificación:** CC-36068794<br>**Código dependencia o sucursal:** 0<br>**Nombre dependencia o sucursal:** 0<br>**Fecha de generación del reporte:** 2018-10-16<br>**Fecha limite de pago:** 2018-10-23<br>**Fecha de pago:** 2018-09-05<br>**Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA<br><br>**Período pensión:** 2018-09<br>**Período salud:** 2018-09<br>**Referencia de pago (PIN):**<br>**Tipo de planilla:** Y<br>**Clase de planilla:** Normal<br>**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 | |