

 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 TESORERÍA	Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
		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 11 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	12	2018		31	12	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.

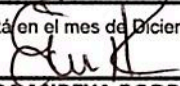
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$41.219.640
VALOR EJECUTADO	\$41.219.640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

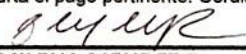
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
13872408	1.498.896	\$187.400	\$239.900	3	\$36.600	\$463.900

Dado en Bogotá en el mes de Diciembre 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

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Salud pública	Sede: Fontibon							
No. DE CONTRATO:	0559-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Diana Milena Mendez Ramirez		1	12	2018		31	12	2018
		C. C.	36.068.794				DE	Neiva	

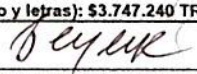
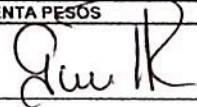
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGR AMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 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 Subred Suroccidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Acompañamiento a Utis de alto impacto 61 de la localidad de Fontibon y Puente Aranda. 2 GOTIS: 1-31/12/18.	Formatos de asesorías a utis altas: 41 asesorías de tercer, 61 asesorías de cuarta. 1-31/12/18
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-Sub Red Suroccidente.	SI	41 asesorías de tercera, 61 de cuarta seguimiento a Utis de alto impacto.	Formatos de asesorías a utis altas: 92 visitas a utis de Fontibon y 10 visitas a utis de Puente Aranda
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según define el lineamiento	NO	No aplica para este mes	No aplica para este mes
participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la ESE como por la Subred Suroccidente o las contempladas en el plan de acción 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 asesorías a utis altas: 61 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 de octubre	Productos de 61 utis altas de Fontibon de cierres de septiembre y octubre, actas de apoyo a revisión de soportes a tecnologos
Notificar todos los eventos de interes en salud pública	SI	Seguimiento y Notificación 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	No aplica para este mes	No aplica para este mes
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 asesorías a utis altas: 61 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. 21/12/2018	Tablero de indicadores del mes:01/12/18
Asumir el 100% de glosa generada por firma interventora, al determinar inconsistencia en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole 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 inducción 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 institución.	SI	Reunion de Equipo:06/12/18 Seguimiento a Meta:10-21/12/18	Acta de asistencia:06,10,21/12/18
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 petición 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 PESÓS

 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: 2018-12-11 ✓ Fecha límite de pago: 2018-12-24 ✓ Fecha de pago: 2018-12-06 Pagada por: BANCO DAVIVIENDA Período pensión: 2018-11 Período salud: 2018-11 Referencia de pago (PIN): Tipo de planilla: I Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 13872408	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	ALIANSA SALUD 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 Compensación Familiar COMPENSAR	1	\$0	\$0	\$0	\$30.000	\$30.000	☐
GRAN TOTAL				\$0	\$0	\$0	\$493.900	\$493.900	

