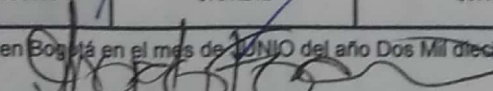
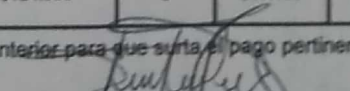
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 1 Fecha de aprobación: 09/11/2018 Código: 15-02-FG-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				FERNEY MEJIA							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.		NO.	80.006.883		
CORREO ELECTRONICO:				evil_trone@hotmail.com			CELULAR:		3197376339		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SIJ 40							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC			SEDE:		Papa 11		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K27	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:				CAJA SOCIAL			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24063649806				PENSIONADO	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0901-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 6 DE 6			
NÚMERO DE CDP		961		FECHA	06/06/2018	NÚMERO DE CRP	24406	FECHA	31/05/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar Servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SIJ OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	6	2018		30	6	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.813.395							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				\$0			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$8.096.975			
VALOR EJECUTADO								\$8.096.975			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.813.395			
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8480351616	\$781.242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.100	\$241.754					
Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 ANGELA FORERO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 FERNEY MEJIA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



Ubicación del Servicio:	PIC-ESPACIO VIVIENDA		Sede:	SU 40	
No. DE CONTRATO:	0901-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FERNEY MEJIA	C. C.	80.006.683	DE	BOGOTA

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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos 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 Secretaría Distrital de Salud.	SI	Realizar sesión 7, sesión 8 y sesión 9 en 17 HCB. En la Localidad de Fontibón y Kennedy, participación en las capacitaciones de los módulos de AIEPI comunitario, participación en la graduación de las madres que participaron en el proceso de AIEPI comunitario, entrega de informes y diplomas a las madres comunitarias, participación en la construcción del plan de mejora	formato de caracterización social y ambiental, Formato mascota verde matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma
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 casos para realizar activación 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 corresponde en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el 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	17 HCB intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las prescripciones del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad, correspondientes los HCB correspondientes del mes de junio. Revisión el 28 de junio Se realizaron ajustes correspondientes de acuerdo a solicitudes realizadas por profesional de apoyo.	Formato mascota verde matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción, cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole 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.	matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
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 transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas, reuniones de calidad en las fechas 1, 8, 15, 22 y 29 de junio reunión de equipo el 25 de junio	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Ferny Meja cc 80.006.683

Fecha: día/mes/año Firma de recibido supervisor:

[Firma]

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.