

688A

 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. <small>ALCALDE: ANTONIO RIVERA</small>
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA				DORA ZULADY SANCHEZ PINEDA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C C	X	C E	NO		52816253						
CORREO ELECTRONICO:				ZULY_CO@YAHOO.COM				CELULAR:		3125188684					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO 09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K10	4%	K12	41%	K23	8%	K13	24%	K14	17%	K16	6%		
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7500879981				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0546 -2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 2							
NÚMERO DE CDP		32		FECHA		12/01/2018		NÚMERO DE CRP		8218		FECHA		31/01/2018					
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		2		2018				28		2		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.747.240															
TIPO DE SERVICIOS				PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$7.494.480
VALOR EJECUTADO	\$3.747.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$3.747.240
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

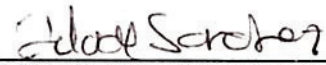
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8325383580	\$1.499.000,00	\$187.375	\$239.840	3	\$36.516	\$463.731

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


ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


DORA ZULADY SANCHEZ PINEDA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. FEBRERO

2018

CUENTA DE COBRO 1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

DORA ZULLADY SANCHEZ PINEDA
CC. N° 52816253 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0546-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

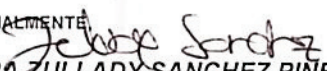
NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS
CUARENTA PESOS M/CTE
TOTAL: \$ 3.747.240

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE No 007500879981
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	4%	\$ 149.889
K12	41%	\$ 1.536.369
K23	8%	\$ 299.780
K13	24%	\$ 899.337
K14	17%	\$ 637.030
K16	6%	\$ 224.835
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	0%	\$ -
K09	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 3.747.240

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017	X	
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44.603.000)		X

CORDIALMENTE

DORA ZULLADY SANCHEZ PINEDA
CC. N° 52816253 Bogota zuly_co@yahoo.com
TELEFONO CELULAR No. 3125188684

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	PIC-ESPACIO VIVIENDA		Sede: Fontibon						
No. DE CONTRATO:	0546-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2 018		28	2	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DORA ZULADY SANCHEZ PINEDA		C. C.	52.816.253			DE	Bogota	

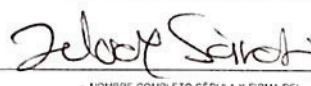
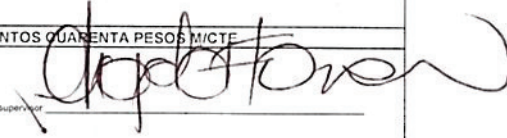
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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	SI	Se realiza seguimiento a la meta de los auxiliares y enfermeras del componente gestión del riesgo, se verifica el envío diario de la efectividad de la aplicación del instrumento realizado por el gestor y el cumplimiento a meta	Actas de seguimiento consolidado diario
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.	SI	Se verifica de forma diaria la meta realizada por el equipo, se verifica calidad del dato de los reportes enviados por las enfermeras relacionado con el agendamiento de citas propios del proceso	Cuadro de meta diaria Consolidado diario de gestión del riesgo
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	Se realiza envío de rutas pertinentes a referente pic-pos para la respectiva gestión frente a la barreras de acceso	Correos enviados con las rutas a la referente pic-pos
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	Se verifica reporte de los eventos notificados. Para este mes no fue reportado ningún evento de interés en salud pública	En este mes no se reportaron eventos de interés en salud pública
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	Desde el componente de gestión del riesgo los gestores brindan información a los usuarios acerca de sus deberes y derechos	Instrumento de clasificación de necesidades
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías 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	Se realiza entrega oportuna de los soporte e información solicitada desde la coordinación del espacio de manera oportuna y cuando son requeridos	Correos enviados con la información solicitada, elaboración de informes y presentaciones
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	Se Presento soprtres de auditoria. No se genero ninguna glosa	acta y listado de asistencia
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 por la lider del espacio desde SDS, participacion a las reuniones programadas al interior de la subred	Actas y listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.747.240 TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52916253	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 
--	--

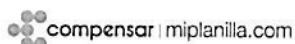
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(a): DORA ZULADY SANCHEZ PINEDA
No. Identificación: CC 52816253
Dirección: CALLE 90 # 95B 09 INT 104
Teléfono: 2284079 Fax:
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325383580

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	DORA ZULADY SANCHEZ PINED
Tipo y Número de Identificación	CC 52816253
Número Planilla	8325383580
Fecha de Pago	2/6/2018
Número de Autorización de Pago	25383580
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$463.900
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		52816253								
APELLIDOS Y NOMBRES		SANCHEZ PINEDA DORA ZULADY								
COD EPS	COD APP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1,499,000	1,499,000	1,499,000	0	187,400	219,900	35,600	0

[illegible]