

8174

 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		Version	1	 AL CALERA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			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				2 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	3	2018			30	3	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										\$7.494.480			
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 <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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8325897766	\$1.499.000,00	\$187.375	\$239.840	3	\$36.516	\$463.731

Dado en Bogotá el mes de MARZO 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

Eibell
Marzo 21/18

BOGOTA, D.C.

MARZO

2018

CUENTA DE COBRO

2

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 MARZO 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: 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

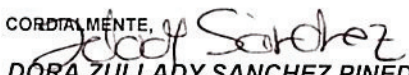
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 007500879981

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	3	2 018		30	3	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DORA ZULADY SANCHEZ PINEDA		C. C.	52 816 253			DE	Bogota	

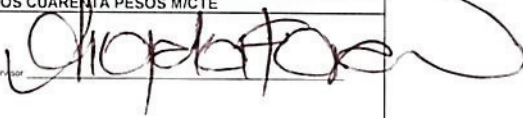
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x 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 gestion 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 gestion 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 gestion 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 ningun evento de interes en salud publica	En este mes no se reportaron eventos de interes en salud publica
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 gestion del riesgo los gestores brindan informacion a los usuarios acerca de sus deberes y derechos	Instrumento de clasificacion 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 preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Se realiza entrega oportuna de los soporte e informacion solicitada desde desde la coordinacion del espacio de manera oportuna y cuando son requeridos	Correos enviados con la informacion solicitada, elaboracion 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 soprtes 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 tecnicas 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	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 8325897766

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	8325897766
Fecha de Pago	3/6/2018
Número de Autorización de Pago	25897766
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 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 AFP	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	36.600	0

[illegible]