| 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 | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52780681 | |
| CORREO ELECTRONICO: | cristal-2206@hotmail.com.com | | | | CELULAR: | 3115038877 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | PAPS ABASTOS SU39 | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | KENNEDY | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | | | | % | | |
| | K30 | | | | 100% | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 9070260501 | | | | PENSIONADO | NO | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0504 - 2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 10 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 36813 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.232.426 | | | | | | | | | |
| 1 | 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: | $13.556.686 |
| VALOR EJECUTADO | $12.324.260 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.232.426 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.232.426 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

**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 **$1.953105**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8331045433 | $781.242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$257.500** |

Dado en Bogotá en el mes de Noviembre del año dos mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yaimmy Lara.
YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA | | | **Sede:** KENNEDY | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0504-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ | | **C. C.** | | 52.780.681 | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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 |
|---|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Se realizó:<br>1. Quince primeras visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento esto se realiza en Bosa centro.<br>2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Bosa las cuales se efectuan los dias jueves de 8 a 10 am en el salon comunal san pedro.<br>3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades que se realizan los dias miercoles de 1 a 3 p.m en el centro crecer.<br>4. Cuatro sesiones cuidadores estas se ejecutan en la casa de la participacion los martes de 2 a 4 p.m.<br>5. Dos sesiones semilleros las cuales se realizan en el instituto INETEC los dias miercoles cada 15 dias de 10 a 12 am | Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso.<br>Se entregan fichas tecnicas, diariosde campo y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos |
| 2. 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. | SI | Se realizó:<br>1. Quince primeras visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento.<br>2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Bosa<br>3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades<br>4. Cuatro sesiones cuidadores<br>5. Dos sesiones semilleros | Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso.<br>Se entregan fichas tecnicas, diarios de campo y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos |
| 3. Desarrollo de Acciones unidividuales y/o colectivas jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público. | SI | Se participa en la caminata 10000 pasos por bogota destacando la importancia de tener habitos saludables para la prevencion de enfermedades cardiacas, diabetes y la obesidad igualmente se convoca a la comunidad. | listados de asistencia y registro fotografico |
| 4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred. | SI | Se participa en la caminata 10000 pasos por bogota el dia 11 de noviembre de 2018 destacando la importancia de tener habitos saludables para la prevencion de enfermedades cardiacas, diabetes y la obesidad igualmente se convoca a la comunidad. | listados de asistencia y registro fotografico |
| 5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. | SI | Desde el nodo familiar se realiza canalizacion a servicios según lo requiera el usuario y se sencivilliza a la familia en cuanto a la estratejia RBC, derechos en salud, redes de apoyo, ETC... | Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso. |

Scanned by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lùdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. | SI | En los grupos comunitarios desde el soporte social RBC se efectuan actividades ludicas para el aprendizaje de acciones que beneficien su calidad de vida como avitos saludables desarrollo de capacidades sencibilizacion en practicas de cuidado entre otras. | Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso.<br>Se entregan fichas tecnicas, diarios de campo y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos |
| 7. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud | SI | Se asiste a las reuniones programadas por el espacio publico para fortalecer las acciones realizadas en campo. | Actas y listados de asistencia. |
| 8. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. | SI | Se fortalece el grupo de lideres ubicado en el salon comunal san pedro los dias jueves de 8 a 10 a.m fortaleciendolos en acciones de liderazgo, trabajo en equipo normatividad vigente entre otras. | Actas, listados de asistencia, ficha tecnica ,etc. |
| 9. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | SI | Se fortalece la red de cuidadores realizada los dias martes de 2 a 4 p.m en la casa de la participacion donde se generan actividades lidicas de cuidado autocuidado, habitos, saludables, entre otros. | Actas, listados de asistencia, ficha tecnica ,etc. |
| 10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | SI | Se organizan soportes para entrega a la lider de espacio publico para ser entregados a la SDS en auditoria. | Entrega de actas y listado de asistencia. |
| 11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | Se realiza entrega en fisico y magnetico de los producos requeridos. | Se realiza el envio de la informacion mensual y semanal. |
| 12. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. 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). | SI | Se presenta auditoria del mes de octubre con productos de calidad y oportunidad requeridos por la firma auditora. | Aceta de nodo familiar y grupos comunitarios. |

**OBSERVACIONES: NINGUNA**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.232.426= UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE**

Yaimy Carolina Lara Martinez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Yaimy Lara. 52788681

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.

Scanned by CamScanner

| | |
|---|---|
| **Señor(es):** | yaimmy carolina lara martinez |
| **Nit:** | CC 52780681 |
| **Dirección:** | carrera 34f 16 11 sur |
| **Teléfono:** | 7201025 **Fax:** |
| **Ciudad:** | BOGOTA, D.C. |

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | yaimmy carolina lara martinez |
| Tipo y número de identificación | 52780681 |
| Número de radicación planilla | 8331045433 |
| Fecha de pago | 11/7/2018 |
| Número de autorización de pago | 34718083 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Octubre 2018 |
| Periodo cotización pensión | Octubre 2018 |
| Periodo cotización caja | Octubre 2018 |
| Número de administradoras | 4 |
| Total Pagado | $257.500 |
| Total Interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $19.100 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $125.000 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | $15.700 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | $97.700 | 1 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned by CamScanner