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. Salud 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:	LUZ STELLA ANGEL GUITIERREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51721057							
CORREO ELECTRONICO:	luzstellaangel100@gmail.com				CELULAR:	3138379453							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K29	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71448552548								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5283-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 de 4		
NÚMERO DE CDP	332 - 500	FECHA	28/02/2019 - 10/04/2019		NÚMERO DE CRP	18097 - 23194		FECHA	05/03/2019 - 30/04/2019		
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	5	2019			31	5	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199										
TIPO DE SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 0%				$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:	$5.187.604
VALOR EJECUTADO	$4.959.578
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$228.026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2,070,290 , 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8490901506	$828.116,00	$103.515	$132.499	3	$20.200	**$256.213**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yasmith Pirazan Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ESTRATEGIA SALUD URBANA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y MONITOREO DEL RIESGO

FECHA DD MM AA N° FICHA

1. IDENTIFICACIÓN

Localidad 1 | UPZ | Barrio

Eje principal 2 | Número | Letra | Bis | Letra | Cuadrante 1 (SUR / ESTE) | Número | Letra | Bis | Letra | Número | Cuadrante 1 (SUR / ESTE) | Complemento 3 | Número | Zona 4

Vereda | Teléfono 1: | Teléfono 2:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NOMBRE DEL DOCENTE /PROFESIONAL /CUIDADOR(A) DEL GRUPO | JORNADA ESTUDIANTIL O SIMILAR: COMPLETA (1 Unica) ☐ MAÑANA ☐ TARDE ☐ NOCHE ☐ | CURSO

NOMBRE DE LA SEDE | TIPO DE POBLACIÓN: JARDINES INFANTILES ☐ HOGARES COMUNITARIOS ☐ COLEGIOS ☐ FAMILIA ☐

2. CLASIFICACIÓN DEL USUARIO

IDENTIFICACIÓN DEL INDIVIDUO										CLASIFICACIÓN SEGUIMIENTO / MONITOREO A LAS PRÁCTICAS EN SALUD ORAL																	
										CLASIFICACIÓN					MONITOREO 1					MONITOREO 2					BARRERAS DE ACCESO 13		
										DD MM AA					DD MM AA					DD MM AA							
											DIENTES					DIENTES					DIENTES							
Nombres Y Apellidos Completos	5 Tipo de Documento	Número Documento	6 Sexo	7 Genero	8 Estado Civil	Fecha De Nacimiento DD MM AA	9 Etnia	11 Población Diferencial y De Inclusión	SeNo Gestante	Cepillado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Cepillado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Cepillado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Aseguramiento	Cultura	Calidad
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											

Subred | Dirección | Teléfono | Correo electrónico

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	Salud publica			**Sede: fontibon F 009**					
No. DE CONTRATO: 5283- 2019		**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.019		31	5	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ		**C. C.**	51.721.057			**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 SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por las SDS / ESE.	si	Se realiza la Clasificación a la Calidad del Cepillado a 19 curos, y primer monitoreoa 20 cursos en dos colegios de la Localidades de Bosa Diligenciamiento de la Base de Datos de los Alumnos a intervenir en el Formato de Riesgo de Salud Oral, Acta por dia	Formato de Riesgo Salud Oral y Actas por dia
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	no	No hubo identificacion de escenarios	Ninguno
realizar entrega oportuna y con calidad los informes requeridos	si		listado de monitoreos ejecutados, porcentaje de placa por cursos,
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo alas canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociles para articular el PIC y POS	si	Se realiza visita previa en compañía de la profesional donde hace presentacion y se programa fecha para la clasificación del cepillado	Ninguno
realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	si	se realizaron los ajustes necesarios a los soportes requeridos por la referente	Formato de Salud Oral por cursos y Colegio, Acta por Jornada
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y partaicipacion social con el fin de fortalecer la gestion.	si	Se enncuentra en proceso	Ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica	si	No hubo eventos pára notificar ya que no se presentaron	Ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	si	Durente este mes no alistaron soporte para preauditoria del Espacio de Educacion	Ninguno
Realizar entrega de sopórtes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a corde a las pre au ditorias del referente del espacio asignado	si	se hizo entrega de todos los soportes requeridos por la profesional de apoyo y referente del espacio	Formatos de Salud Oral por curso firmados y debidamente diligenciados, acta por dia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconcistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconcistencia en soportes, entre otras).	si	De presentarse se asumira	Ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los documento entregados para la ejecucion de las acividades propias del objeto del presente contrato.	si	Se hace uso adecuado de los recursos de acuerdo al compnnete trabajado.	Ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras) 1.710.199 PESOS M / CTE UN MILLON STECIUENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

luz stella Angel 51721057.
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 13 ta.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yasmith Pinzon Rua

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ESTRATEGIA SALUD URBANA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y MONITOREO DEL RIESGO

FECHA DD MM AA N° FICHA

1. IDENTIFICACIÓN

Localidad 1 | UPZ | Barrio

Eje principal 2 | Número | Letra | Bis | Letra | Cuadrante 1 (SUR / ESTE) | Número | Letra | Bis | Letra | Número | Cuadrante 1 (SUR / ESTE) | Complemento 3 | Número | Zona 4

Vereda | Teléfono 1 | Teléfono 2

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NOMBRE DEL DOCENTE /PROFESIONAL /CUIDADOR(A) DEL GRUPO | JORNADA ESTUDIANTIL O SIMILAR: COMPLETA (o Única) ☐ MAÑANA ☐ TARDE ☐ NOCHE ☐ | CURSO

NOMBRE DE LA SEDE | TIPO DE POBLACIÓN: JARDINES INFANTILES ☐ HOGARES COMUNITARIOS ☐ COLEGIOS ☐ FAMILIA ☐

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

IDENTIFICACIÓN DEL INDIVIDUO											CLASIFICACIÓN SEGUIMIENTO / MONITOREO A LAS PRÁCTICAS EN SALUD ORAL																					BARRERAS DE ACCESO 23		
											CLASIFICACIÓN					MONITOREO 1					MONITOREO 2													
											DD	MM	AA/AA			DD	MM	AA/AA			DD	MM	AA/AA												
												DIENTES					DIENTES						DIENTES												
Nombres Y Apellidos Completos	4 Tipo de Documento	Número Documento	6 Sexo	7 Género	8 Estado Civil	Fecha De Nacimiento DD	MM	AA	9 Etnia	11 Población Diferencial y De Inclusión	12 Gestante	Capitado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Capitado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Capitado Libre	Pigmentados	Totales	%	Prioridad De Atención	Aseguramiento	Cultura	Calidad						
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

Subred | Dirección | Teléfono | Correo electrónico

n línea

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852985	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
04	90901506	8490901506	I	2019/05/15	2019/04/16	BANCO AV VILLAS	0	$272,900

DETALLADA DE APORTES

PLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
ación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
PAL (1 Afiliados)				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
epto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
57	ANGEL LUZ	230301	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$103,600	CCF24	30	$828,116	$16,600	14-11	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
filiados(1)				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0

GIMNASIO MODELIA REAL

LISTADO DE ESTUDIANTES DE ESTADO MATRICULADO DEL CURSO SEXTO A DEL A?O 2019

N	Cod	Alumno	Firma Padre	Firma Madre
1	3085	ARIZA ACHURY MARIA CAMILA		
2	2097	BALLESTEROS RODRIGUEZ LINA SOF		
3	1406	BELTRAN LASSO HARRY		
4	2458	CAMARGO ORTEGA CATALINA		
5	3002	CARABALLO CORZO ADRIAN DAVID		
6	2322	CARDONA CAMARGO SANTIAGO		
7	2324	CASADIEGOS MENDEZ EMANUEL DAVI		
8	3099	CRISCUOLO ARIZA FILIPPO		
9	2463	DIAZ TORRES MARIANA		
10	3000	FERNANDEZ LUQUE KEVIN STEVE		
11	2784	FRANCO BURGOS ALANIS		
12	2087	FRANCO JIMENEZ FELIPE		
13	3139	GONZALEZ SALCEDO GABRIEL EDUAR		
14	2855	IBAÑEZ CRUZ OSCAR ALEJANDRO		
15	2955	MACIAS PIÑA SHADYA MARCELA		
16	3022	MALAGON ARIAS ANDRES DAVID		
17	2565	MANCIPE AVILA DANIELA		
18	2059	MARTINEZ ESCOBAR CRISTIAN CAMI		
19	2713	MORENO GONZALEZ MARIA ALEJANDR		
20	2892	MOSQUERA RINCON DANIELA		
21	2987	NIÑO GUTIERREZ LINA MARCELA		
22	2048	PEÑA SANDOVAL ANDRES DAVID		
23	2114	RAMIREZ ORTEGA CAMILA		
24	2637	RUBIANO CARREÑO SOFIA		
25	3181	RUIZ ORTIZ DANIELA		
26	2950	RUIZ PEREZ JOSE TOMAS		
27	3129	TORRES GARZON SANTIAGO		
28	3038	VEGA RINCON MIGUEL ANGUEL		

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51721057		ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 405	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6852585	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-04	2019-04	90901506	8490901506	I	2019/05/15	2019/04/16	BANCO AV VILLAS	0	$272,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,200	$0	$0	$20,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$0	$0	$16,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,600	$0	$0	$16,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$272,900	$0	$0	$272,900

9- MENCIONE ALGUNOS DE LOS SERVICIOS Y ELEMENTOS CON LOS CUALES CUENTA EL CLUB, QUE PERMITEN QUE CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS CULMINEN SATISFACTORIAMENTE.

R/ Alimentos y Bebidas. Decoración, Ponques, Recreación, Música, transporte y ayudas audiovisuales.

10- CUÁLES SON LAS DIFERENTES MANERAS DE HACER LLEGAR UNA SOLICITUD, PARA LA REALIZACIÓN DE UN EVENTO EN EL CLUB?

R/ Por teléfono, Fax, e-Mail, por intermedio de la oficina del club, mercadeo del club, mercadeo de la Caja, funcionario de otra dependencia, o personalmente al Club Campestre.

11- QUE DATOS DEBE LLENAR EL SOLICITANTE EN EL FORMATO DE COTIZACIÓN DEL EVENTO? MENCIONE 4.

R/ Nombre, empresa si es afiliado o no, fecha de la solicitud, dirección, teléfono, Mail, fax, tipo de evento, hora, cantidad de personas, presupuesto, requerimientos, (alimentos y bebidas) transporte, ayudas audiovisuales, mesero decoración, y complementarios.

12- UNA VEZ LLENADA Y ENTREGADA LA SOLICITUD POR PARTE DEL SOLICITANTE, QUE SE DEBE HACER CON ESA INFORMACIÓN.

R/ Con toda la información se realiza la cotización, entregando al solicitante la información requerida, lo más completa y detallada posible, agregando otros detalles para calcular los servicios y productos, que le permitan al cliente tener una mejor pauta para realizar su evento.

13- CUANTO TIEMPO TOMA EN SER ENTREGADA LA COTIZACIÓN CON TODA LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL SOLICITANTE, PARA LA REALIZACIÓN DE UN EVENTO.

R/ Se debe entregar en un plazo no mayor a 8 días, utilizando la vía convenida con el solicitante.

14- UNA VEZ LE ES ENTREGADA TODA LA INFORMACIÓN AL SOLICITANTE, PARA LA REALIZACIÓN DE UN EVENTO QUE SE DEBE HACER.

R/ Se da un plazo prudencial antes de volver a hacer contacto, luego se hace un seguimiento telefónico para saber como va el proceso y evitar que el cliente olvide o deseche la propuesta.