

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1.109.844.210					
CORREO ELECTRONICO:		lesnarodontologia@gmail.com					CELULAR:		3104163332 - 3504040899			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							FONTIBON					
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	%
	F009K29	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		0570000570131391							PENSIONADO		NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4574-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 4			
NÚMERO DE CDP	332 - 500	FECHA	28/02/2019 - 10/04/2019	NÚMERO DE CRP	17390 - 22509	FECHA	05/03/2019 - 30/04/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales 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	5	2019		31	5	2019

VALOR HONORARIOS MENSUALES:			
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	\$0

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$9.873.178
VALOR EJECUTADO	\$9.439.192
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.254.894
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$433.986
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 \$2070290, 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
34857282	\$1.301.957,60	\$162.800	\$208.400	3	\$31.800	\$403.000

Dado en Bogotá 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:

Lesly Judioskah Gomez Silva
LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	SALUD PUBLICA		Sede: FONTIBÓN						
No. DE CONTRATO:	4574-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	19		31	5	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LESLEY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA		C. C.	1.109.844.210			DE	NATAGAIMA	

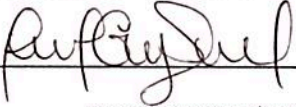
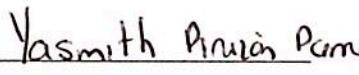
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos estandares 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 sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	En el mes de MAYO se realizó CLASIFICACION DEL RIESGO Y CALIDAD AL CEPILLADO EN 35 CURSOS, ENTRE LOS COLEGIOS STA ISABELL DE HUNGRIA Y ANDRES BELLO, Monitoreos 2 en los colegios Liceo Las Americas e I.E.D Andres Bello. SE REALIZA CANALIZACIONES AL 100% DE PRIORIDADES ALTAS Y BAJAS CON PORCENTAJE DE PLACA SEGUN LINEAMIENTO DE SDS.	informacion incluida en las actas de las dferentes actividades.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	En el mes de Mayo en la localidad de puente aranda 35 sesiones de clasificacion del riesgo en salud oral y 22 sesiones de Monitoreo 2.	actas, listados, formatos de salud oral y canalizaciones
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	Durante el mes de Mayo se realizaron clasificaciones del riesgo en el espacio educacion.	actas, listados, formatos de salud oral y canalizaciones
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras). Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	en el mes de Mayo se participo en jornadas de sensibilizacion por alerta naranja contaminacion del aire, signos y sintomas para sarampion y rubeola, jornada aplicacion del Barniz de Fluor y caracterizacion de UPZ Patio Bonito.	Actas y listados
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	Para el mes de MAYO se realizaron canalizaciones en odontologia de prioridades alta y bajas.	Formato de activacion de rutas y canalizacion
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	Durante el mes de Mayo no se alistaron soportes para preauditoria interna del espacio educacion.	ninguno
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	no	Durante el mes de Mayo se realizo notificaciones en salud oral.	ninguno
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se realizo socializacion de los deberes y derechos en salud en las 57 sesiones de los diferentes cursos	informacion incluida en las actas de las dferentes actividades.
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	Durante el mes de Mayo no se realizaron procesos de veeduría.	ninguno
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se hizo entrega de todos los soportes realizados durante el mes de abril al referente y apoyos del espacio educacion.	actas, listados, formatos de salud oral.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado	SI	Para el mes de Mayo no esta programada auditoria externa o de la Secretaría de Salud, se presenta preauditoria semanal a la profesional de apoyo de espacio educativo	actas, listados, formatos de salud oral
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Para el mes de Mayo se presentaron los informes requeridos por referente.	matriz 1186
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Reunion de equipo el 31 de Mayo	acta y listado de asistencia
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	Asumir la glosa del 100% si se presentarse.	ninguno
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se manejaron adecuadamente los insumos y equipos en los cuales he trabajado.	ninguno

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3254894 TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MTE

 LESLEY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA, CÉDULA 1.109.844.210 Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Fecha : día/mes/año Firma de recibido supervisor: 
---	---

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA
No. Identificación: CC1109844210
Dirección: CALLE 40 SUR 72L 40 INT 6 APTO 104
Telefono: 7897796
Correo: lesnarodontologia@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 34857282

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1109844210	Periodo de Cotización Salud	Abril de 2019
Número de planilla	34857282	Periodo de Cotización Pensión	Abril de 2019
Fecha pago	2019-04-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1000000157	Total Pagado	407000
Banco	1001	Total Intereses de Mora	3800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31800	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208400	1
EPS005	Sanitas EPS	162800	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1109844210
 APELLIDOS Y NOMBRES: LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1301958	1301958	1301958	0	162800	0	208400	0	31800	0
EPS005	230201	1301958	1301958	1301958	0	162800	0	208400	0	31800	0

