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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

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				%				
	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			7 de 8	
NÚMERO DE CDP	1173	FECHA	29/08/2019	NÚMERO DE CRP	40767	FECHA	31/08/2019		
	1018		25/07/2019		36166		31/07/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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	9	2019		30	9	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MTE								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES:	NINGUNA								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.892.754
VALOR EJECUTADO	$22.458.768
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$433.986
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
37431095	$1.301.958	$162.745	$208.313	3	$30.000	**$401.058**

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

JUDY MARCELA LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA		**Sede:** FONTIBÓN							
No. DE CONTRATO:	4574-2019	**Período certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	9	19		30	9	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA**		**C. C.**	**1.109.844.210**		**DE**	NATAGAIMA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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__ 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 segùn parametros descritos del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspecciòn, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolio de servicios de la institucion cuando sean requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la subred sur occidente y la SDS.	SI	En el mes de SEPTIEMBRE se realizaron las siguientes actividades: Clasificación e identificación del riesgo en salud oral 02 de SEPTIEMBRE Empalme entrega productos higienista 03 de septiembre: asistencia técnica salud oral 04 de septiembre: Entrega de papelería y concertación de espacios IED Manuel Zapata 05 de septiembre: Ajustes formato de auditoria marzo. 06 de septiembre: Clasificación del riesgo en salud oral IED Paulo VI 09 -10-11-12-13 de septiembre: Clasificación del riesgo en salud oral IED Paulo VI 16-17 de septiembre: Clasificación del riesgo en salud oral Superior del occidente. 18-19 de septiembre. Clasificación del riesgo en salud oral IED MANUEL ZAPATA KENNEDY 20 -23-24-25-26 de septiembre: SEGUIMIENTO A LA CANALIZACION, TABLERO DE CONTROL, ALISTAMEINTO DE PRODUCTOS, INDICADORES, VERIFICACION CALIDAD DOCUMENTAL. 27 de septiembre: REUNION DE EQUIPO 30 de septiembre: Clasificación del riesgo en salud oral IED Paulo VI	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 ls SDS/ESE.	SI	En el mes de SEPTEIMBRE en la localidad SE REALIZARON 30 CLASIFICACIONES DEL RIESGO ES SALUD ORAL EN LA LOCALIDAD DE Kennedy, canalizacion al 100% de prioridades altas y bajas segun lineamientos, tambien se hizo seguimiento a la canalizacion de prioridades altas, ademas se realizaron reuniones de Espacio Educación,	actas, listados, formatos de salud oral y canalizaciones
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Durante el mes de SEPTIEMBRE en la localidad de puente aranda se realizo Monitoreo 2 a la calidad del cepillado en 17 cursos, Identificacion y clasificacion del riesgo en salud oral a 34 cursos de la localidad de Kennedy, canalizacion al 100% de prioridades altas y	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.	SI	En el mes de SEPTIEMBRE se participo en jornadas de sensibilizacion por signos y sintomas para sarampion y rubeola, sintomatico para enfermedad respiratoria, reuniones de espacio educación, Revisión de soportes de la vigencia marzo a AGOSTO.	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.	SI	Para el mes de SEPTIEMBRE. 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.	SI	Durante el mes de SEPTIEMBRE se alistaron soportes para preauditoria interna del espacio educación y auditoria de SDS.	Formato de identificacion del riesgo en salud oral y actas de sus debidos momentos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Durante el mes de SEPTIEMBRE se realizo notificaciones en salud oral.	actas, listados, formatos de salud oral.
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 30 sesiones de los diferentes cursos	informacion incluida en las actas de las dferentes actividades.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	SI	Durante el mes de SEPTIEMBRE se realizaron procesos de veeduria.	actas, listados, formatos de salud oral.
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 SEPTIEMBRE al referente y apoyos del espacio educación.	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 SEPTIEMBRE esta programada auditoria externa o de la Secretaria 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 SEPTIEMBRE 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 27 de SEPTIEMBRE	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 indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Asumire 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 le 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

LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA

CEDULA 1.109.844.210 de Natagaima - Tolima

FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : __/__/____

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: 37431095

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA
Tipo y número de identificación	CC1109844210
Número de planilla	37431095
Fecha pago	2019-08-13
Número de autorización pago	96866574
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	Agosto de 2019
Periodo de Cotización Pensión	Agosto de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$405.800
Total Intereses de Mora	2100

PAGADA
37431095

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	32100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	209800	1
EPS002	Salud Total EPS	163900	1

IPO DOC.: CC
O. DOCUMENTO: 1109844210
PELLIDOS Y NOMBRES: LESLY JUDIOSKAH GOMEZ SILVA

d. 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
PS002	230201	1.301.958	1.301.958	1.301.958	0	162.800	0	208.400	0	31.800	0