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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	45546499						
CORREO ELECTRONICO:	dubispimentel@yahoo.es				CELULAR:	3164218120						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBÓN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION SERVICIOS COMPLEMNTARIOS				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	O08	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400357516								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2772			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5		
NÚMERO DE CDP	664	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	25518	FECHA	31/05/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales espacializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de asistencial 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	6	2019		30	6	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.800.000								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%			N/A				
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:	$24.000.000
VALOR EJECUTADO	$24.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.800.000
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 mínimo 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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8493483956	1920000	240.000	307.200	3	$46.800	**$594.000**

Dado en Bogotá en el mes de **JUNIO 2019**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS							**Sede: SEDE ADMINISTRATIVA USS BOSTON**			
No. DE CONTRATO:	2772-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	6	2.019		30	6	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO		**C. C.**	45.546.499	**DE**	CARTAGENA					

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Profesional Especializado a la gestion administrativa y/o asistencialen el area de asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de 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
Realizar actividades como profesional especializado II, con plena autonomia con de acuerdo a los procedimientos establecidos por la subred.	SI	Revision de sucesos de seguridad de Mayo relacionado con los subprocesos de Laboratorio Clinicio ,Imagenologia, Patologia y Hemovigilancia y retroalimentar a lideres. Apoyo informe de gestion mes de Mayo, Visita USS Argelia servicio oftalmologia, Apoyo Autoevaluacion Laboratorio Clinico para Buenas Practicas Clinicas	Soporte Fisico y magnetico de envio de informacion y de seguimiento realizado a los subprocesos mencionados.
Ejercutar las acciones propia de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual debera ser aprobado previamente por el supervisor.	SI	Realizar seguimiento de autocontrol subproceso de Mayo de los subprocesos de Patologia, Abril de Imagenologia y Laboratorio Clinico. Seguimiento de OM según informede calidad,apoyo a la direccion en proyeccion de suficiencia de talento humano para cada subproceso.Asistencia a analisis de sucesos , talleres citados por Planeacion Estrategica para construccion del Mapa de Riesgo del proceso	Soporte Fisico de reunion con lider y analisis, archivo magnetico organizado con soporte de acciones, , pantallazo de envio informacion , acta y listado de asistencia
Mantener la trazabilidad de los datos e indicadores propios de la direccion de los servicios ambulatorios con oportunidad, confiabilidad, accebilidad,veracidad y seguridad.	SI	Se realiza seguimiento de autocontrol a Mapas de Riesgos de Subprocesos Laboratorio Clinico, Imagenologia, Patologia	Matrices de Mapas de Riesgos con seguimiento del mes de abril y mayo del 2019
Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad.	SI	Se realiza seguimiento de autocontrol a Mapas de Riesgos de Subprocesos Laboratorio Clinico, Imagenologia, Patologia	Soporte fisico de reunion con lider y archivo magnetico organizado con soporte de acciones, indicadores y seguimiento a controles ,
Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios.	SI	Se realiza verificacion de las acciones de mejora de los subprocesos Patologia, laboratorio clinico e imagenologia	Registro en acta de seguimiento a mapa de riesgo
Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor	SI	Se realiza informe de actividades realizadas	Soporte de informe de actividades
Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios , entes de control y entidades y entidades responsables de pago , entre otros.	SI	Proyectar mapa de riesgo del proceso de Gestion de Servicios Complementarios	Soporte fisico de reunion en la que se realizacion la actiivdad descrita.
Apoyar la dirección y subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales	SI	UAT de Subporcerso de Patologia, Imagenologia, Laboratorio Clniico - Asitencia Tecnica de Curso Virtual Bogota Salud Digital.	Listados de Asitencia de UAT Soporte asistencia a reunion en poder de Secretaria Distrital de Salud de Bogota
Conocer y dar a cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la actualización , implementación y evaluacion de los mismos.	SI	Revisar los documentos de los subprocesos desde el aplicativo de Almera para tomar la ultima version	Uso diario del sistema de gestion Almera y revisar los procesos desde ahí
Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollos de las actividades propias del contrato.	SI	Se avanza en la revision de planes de mejoramiento y retroalimentacion a subprocesos	Pantallazo de envio de informacion
Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del area.	SI	Se realizan actividades asignadas por la Dirección de Servicios Complementarios	Soporte fisicos y magneticos con calidad
Diligenciar en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad , oprtunidad e integralidad.	SI	Se realiza diligenciamiento de formatos fisicos y magneticos normalizados en Almera	Soporte fisicos y magneticos definidos para cada proceso
Ejercer la supervisión de los contratos que sean designados	NO	Para este mes no aplica esta actividad	No se soporta actividad porque no se programa
Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y sostenibilidad en la institución.	SI	Se realiza visita a unidades donde se encuentran los subprocesos para realizar seguimiento a riesgo	Soportes fisicos de actividad
Promover el uso racional de los recursos asignados al área.	SI	Impresión de ser necesario, uso de papel reciclado cuidado y uso racional de recursos asignados.	Formato Toma Fisica de Inventario
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	Se entrega informe de actividades realizadas.	Formato Fisico de formato de informe de actividades por orden de prestación de servicios
Participar en las jornadas de actualización, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	Asitencia tecnica Curso Virtual Bogota Salud Digital	Soporte asistencia a reunion en poder de la Secretaria Distrital de Salud.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Se retroalimenta a la direccion de las no conformidades que puedan presentarse en los subprocesos asignados para seguimiento	Se realiza de manera verbal
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Presentar pago del mes de Mayo	Soporte fisico de planilla del mes de Mayo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):4.800.000 CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO 45546499	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.