| 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. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAURICIO SALAS ANGEL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80926049 | |
| CORREO ELECTRONICO: | maurosalasangel@gmail.com | | | | CELULAR: | 2233534 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488430268521 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4697 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 10677 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO EN ARTES | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,374 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | 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: | $4,182,636 |
| VALOR EJECUTADO | $4,182,636 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1054158999 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Realizar intervención a cada uno de los puntos programados, realizando la ejecución de la estrategia CUIDARTE en las localidades de Kennedy Fontibón, Puente Aranda y Bosa, dando cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción y los lineamientos definidos por la SDS. dando a conocer la respectiva información sobre protocolos de bioseguridad y la prevención del actual Covid 19, además de hacer promoción en hábitos de vida saludable apoyo a las jornadas de vacunación Covid 19; en las fechas establecidas en el cronograma mensual, mes en curso. | Cronograma, actas, registro fotográfico y matrices correspondiente. |
| 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-Subred Sur Occidente. | Apoyo a la planeación, desarrollo y evaluación de jornadas de información y educación dispuestas por la Secretaria Distrital de Salud y SRSO en los entornos comunitarios, apoyo a las jornadas de vacunación para Covid 19 de acuerdo planeación del equipo y directriz de la Subred ; la entrega del mensaje se realizó a partir de una dinámica artística y lúdica. | Actas y documentos correspondientes. |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado. | Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred. | Listados correspondientes, actas. |
| . Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá. | Se desarrollan acciones de información, educación y comunicación, frente a la emergencia sanitaria distrital Covid 19 y recomendaciónes en Actividad Física, Alimentación Saludable, Salud Mental, Salud Ambiental, protocolos de bioseguridad y vacunación Covid 19, en los diferentes entornos comunitarios. | Actas y registro fotográfico. |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. | Se generan acompañamientos en recorridos a los puntos priorizados, sensibilización y recomendaciones de auto-cuidado frente al Covid 19 y hábitos de vida saludable y vacunación Covid 19. | Actas y registro fotográfico. |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | Se implementaron actividades teatrales y lúdico-pedagógicas participativas con la población de las localidades de Kennedy, Bosa, Fontibón y Puente Aranda, según requerimiento de la Subred Sur Occidente en los diferentes entornos comunitarios. | Actas y registro fotográfico. |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred. | Actas y listados de asistencia. |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | Se generan acompañamientos y sensibilizaciones en las cuatro localidades: Kennedy, Puente Aranda, Fontibón y Bosa identificadas como zonas de intervensión según cronograma. | Actas y listados de asistencia. |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | Se hace entrega de los soportes de acuerdo con lo estipulado en el lineamiento y el requerimiento del producto. | Acta, cronograma, registro fotográfico. |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Entrega de acuerdo a lo solicitado por el supervisor de contrato. | Actas, cronogramas, registro fotográfico y soportes correspondientes al producto. |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. |
| . Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico. |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico. |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Generado por: Mauricio Salas Angel Celular 301 381 02 85 Tel 3849160 ext 2509 Calle 9 N° 39-46 Nit 900.959.048-4 de la Subred, SDS u otros entes. 16. Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-05-16, 02:44:45 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1054158999

**Periodo Cotización** 202304 **Periodo Servicio** 202304

## PAGADA 2023-05-16 14:43:25.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MAURICIO SALAS ANGEL | | | | |
| **Documento** | CC 80926049 | **Dirección** | CL 45 SUR #78 H - 28 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7976177 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 80926049 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | SALAS ANGEL MAURICIO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | | $ 1.160.000 | 230201 | | 16 % | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.160.000 | $ 28.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

| 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. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAURICIO SALAS ANGEL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80926049 | |
| CORREO ELECTRONICO: | maurosalasangel@gmail.com | | | | CELULAR: | 2233534 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488430268521 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4697 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 10677 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO EN ARTES | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,374 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | 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: | $4,182,636 |
| VALOR EJECUTADO | $4,182,636 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1054158999 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Realizar intervención a cada uno de los puntos programados, realizando la ejecución de la estrategia CUIDARTE en las localidades de Kennedy Fontibón, Puente Aranda y Bosa, dando cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción y los lineamientos definidos por la SDS. dando a conocer la respectiva información sobre protocolos de bioseguridad y la prevención del actual Covid 19, además de hacer promoción en hábitos de vida saludable apoyo a las jornadas de vacunación Covid 19; en las fechas establecidas en el cronograma mensual, mes en curso. | Cronograma, actas, registro fotográfico y matrices correspondiente. |
| 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-Subred Sur Occidente. | Apoyo a la planeación, desarrollo y evaluación de jornadas de información y educación dispuestas por la Secretaria Distrital de Salud y SRSO en los entornos comunitarios, apoyo a las jornadas de vacunación para Covid 19 de acuerdo planeación del equipo y directriz de la Subred ; la entrega del mensaje se realizó a partir de una dinámica artística y lúdica. | Actas y documentos correspondientes. |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado. | Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred. | Listados correspondientes, actas. |
| . Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá. | Se desarrollan acciones de información, educación y comunicación, frente a la emergencia sanitaria distrital Covid 19 y recomendaciónes en Actividad Física, Alimentación Saludable, Salud Mental, Salud Ambiental, protocolos de bioseguridad y vacunación Covid 19, en los diferentes entornos comunitarios. | Actas y registro fotográfico. |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. | Se generan acompañamientos en recorridos a los puntos priorizados, sensibilización y recomendaciones de auto-cuidado frente al Covid 19 y hábitos de vida saludable y vacunación Covid 19. | Actas y registro fotográfico. |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | Se implementaron actividades teatrales y lúdico-pedagógicas participativas con la población de las localidades de Kennedy, Bosa, Fontibón y Puente Aranda, según requerimiento de la Subred Sur Occidente en los diferentes entornos comunitarios. | Actas y registro fotográfico. |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | Participación en las asistencias técnicas convocadas desde la Secretaría de Salud o al interior de la Subred. | Actas y listados de asistencia. |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | Se generan acompañamientos y sensibilizaciones en las cuatro localidades: Kennedy, Puente Aranda, Fontibón y Bosa identificadas como zonas de intervensión según cronograma. | Actas y listados de asistencia. |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | Se hace entrega de los soportes de acuerdo con lo estipulado en el lineamiento y el requerimiento del producto. | Acta, cronograma, registro fotográfico. |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | Entrega de acuerdo a lo solicitado por el supervisor de contrato. | Actas, cronogramas, registro fotográfico y soportes correspondientes al producto. |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. |
| . Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico. |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. | Se cuenta con la disponibilidad de tiempo de acuerdo a las indicaciones que la Coordinador requiera. | Acta y registro fotográfico. |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Generado por: Mauricio Salas Angel Celular 301 381 02 85 Tel 3849160 ext 2509 Calle 9 N° 39-46 Nit 900.959.048-4 de la Subred, SDS u otros entes. 16. Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. | Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoria en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados. |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ
52279556
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente