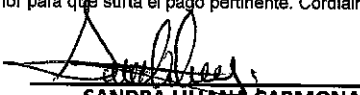
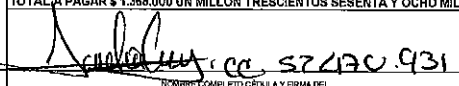
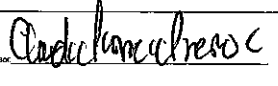


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión 1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Código: 15-02-FO-0002
			Fecha de aprobación 09/11/2016	
			Código: 15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52470931						
CORREO ELECTRONICO:				Sanlicoga77@gmail.com				CELULAR:		3214660780					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								BOSA - PA 21							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		Pablo VI					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FC09K27	40%	FO09K32	60%										
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO BOGOTÁ				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				410121818				PENSIONADO		NO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4395-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 2 DE 2			
NÚMERO DE CDP		468	FECHA	30/03/2020	NÚMERO DE CRP		20398	FECHA		31/03/2020					
NÚMERO DE CDP		505	FECHA	03/04/2019	NÚMERO DE CRP		21382	FECHA		04/04/2020					
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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO				
					1	4	2020		30	4	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.710.199											
TIPO DE SERVICIOS				PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				\$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:										\$2.964.345					
VALOR EJECUTADO										\$2.023.622					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.368.000					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$940.726					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										98%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508 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									
41966569	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700									
Dado en Bogotá en el mes de ABRIL año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 SANDRA LILIANA CARMONA 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:		VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	4395-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ	C. C.	52.470.831		DE	BOGOTÁ				
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 Auxiliar de enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ X NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS				
Específicos 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 del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Aplicaciones de instrumentos de identificación de necesidades de atención en acciones de protección específica. Detección temprana (F Y D) e identificación de alertas en salud-espacio vivienda				cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual				
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-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años				Formato de activación de rutas				
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional				Matriz de unidad de análisis e implementación.				
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Número de notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional				Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública				
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	Número familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.				Matriz de unidad de análisis e implementación.				
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preautorizaciones del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Asistir soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes				cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual				
Assumir 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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada				cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual				
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas				Listados de asistencia, que den cuenta de la participación				
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contacto PSPIC disponiendo de recursos telefónicos tecnológicos de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías lineamientos emanados por el nivel distrital para la identificación y atención en casos nuevos y búsquedas de contacto.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas				Listados de asistencia, que den cuenta de la participación				
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR \$ 1.388.000 UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/C										
										
CONTRATISTA:				Firma: (diferente) Firma de recibido superior						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expide el supervisor.										

Instructivo de Diligenciamiento

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	NO	
	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
CC	52470831	SANDRA LILIANA CARMONA GOMEZ		casale 70b sur # 81g 33	6081232	santizoga77@gmail.com	NO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS
2020-03	2020-03	I	15/04/2020	419566569	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$271.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]**TOTALES PENSIÓN**[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	21,400				21,400	0	21,400			214	21,400	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
0	0	0	0	0	
SENA					
ICBF					
0	0	0	0	0	
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
COE	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700