G-38-7790

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROLINA DAZA GIRALDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,023,684,270						
CORREO ELECTRONICO:	carolinadgiraldo@hotmail.com				CELULAR:	3504794425						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PUENTE ARANDA SU42											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	ALCALA MUZU						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	36%	K23	15%	K13	15%	K15	12%	K16	15%	K19	7%
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450770043997								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0039-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8759	FECHA	31/01/2018		
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	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES: K10 (0%) K07 (0%) K18(0%) K09(0%)									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$6.141.310
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8667391205	$1.228.000,00	$153.500	$196.480	3	$31.600	$381.580

Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carolina Daza G

CAROLINA DAZA GIRALDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Elaboró Jaw 2/1/18

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

CAROLINA DAZA GIRALDO
CC. N° **1023884270** **BOGOTA**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0039-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 **DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS
TOTAL: $3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No450770043997
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	36%	$ 1.105.436
K23	15%	$ 460.598
K13	15%	$ 460.598
K15	12%	$ 368.479
K16	15%	$ 460.598
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	7%	$ 214.946
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.655

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.200.00)		X

CORDIALMENTE,

Carolina Daza G

CAROLINA DAZA GIRALDO
CC. N° 1023884270 BOGOTA
carolinadgiraldo@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3507494425

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:	PIC -ESPACIO VIVIENDA				**Sede:** BRITALIA					
No. DE CONTRATO:	0039-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROLINA DAZA GIRALDO		**C. C.**	1,023,884,270			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestion 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
Especificos 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	31 visitas de entrevistas a familias y listas de chequeo 15 actas de socializacion de resultados de seguimiento a unidad de analisis Reuniones de equipo	Actas de seguimiento a unidad de analisis, formatos de listas de chequeo con actas a visitas a familias
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	Verificacion de abordajes realizados por los equipos asignados a monitoreo y evaluacion.	Acta de seguimiento a unidad de analisis
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	Verificacion de activacion de rurtas realizadas por los equipos asignados a monitoreo y evaluacion	Acta de seguimiento a unidad de analisis
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	Verificacion de activacion de rurtas realizadas por los equipos asignados a monitoreo y evaluacion	acta de seguimiento a unidad de analisis
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	Reforzar en visitas realizadas los deberes y derechos respecto a la seguridad social en el monitoreo y evaluacion	Lista de chequeo y acta
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias 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 de febrero 31 visitas de entrevistas a familias y listas de chequeo 15 actas de socializacion de resultados de seguimiento a unidad de analisis Reuniones de equipo	Actas de seguimiento a unidad de analisis, formatos de listas de chequeo con actas a visitas a familias
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	31 visitas de entrevistas a familias y listas de chequeo 15 actas de socializacion de resultados de seguimiento a unidad de analisis Reuniones de equipo	Actas de seguimiento a unidad de analisis, formatos de listas de chequeo con actas a visitas a familias
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 trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo 15 de marzo de 2018 y asistencias tecnicas programadas.	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEICIENTOS CINCUNETA Y CINCO PESOS

Carolina Daza G

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Carolina Daza Giraldo C.C 1.023.884.270 de Bogotá

Firma de recibido supervisor Angela María Forero Rodríguez

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CAROLINA DAZA GIRALDO
IDENTIFICACION:	CC-1023884270
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-03-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-03-16
FECHA DE PAGO:	2018-03-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-03
PERIODO SALUD:	2018-03
NUMERO PLANILLA:	8667391205
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605679731
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 153.500	$ 153.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 196.500	$ 196.500
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 30.000	$ 30.000
			Total a pagar	$ 0	$ 380.000	$ 380.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/04/2018