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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1002302690						
CORREO ELECTRONICO:	dianadominguez0600@gmail.com				CELULAR:	3104100154						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE11											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proteccion especifica cayetano				SEDE:	CAYETANO						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488409049886								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5409-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	765	FECHA	2021-05-27	NÚMERO DE CRP	32099	FECHA	2021-05-31				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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. auxiliar de enfermeria										
PERIODO CERTIFICADO.	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2021		30	6	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.737.513
VALOR EJECUTADO	$6.737.513
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 $2.271.315 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
1037683280	908526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA
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

2
03/04/2017
04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	ProTeccion especifica - Cayetano		SEDE: CAYETANO							
No. DE CONTRATO:	5409-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2021		30	6	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA		C. C.	1.002.302.690		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa o asistencial en la DIRECCION DE SERVIOS DEL RIEGO EN SALUD, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la S

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ___ Servicios: SI __X__ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. 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, participar activamente en las acciones de cada fase del proyecto vacunación COVID, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	si	Se da cumplimiento a los lineamientos	participar activamente en las acciones de cada fase del proyecto vacunación COVID.
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 Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento en el programa regular y en proyecto vacunación COVID.	si	Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria.	Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos.
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado, participación activa en las fases de desarrollo del proyecto vacunación COVID	si	en el mes se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.	Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes
Realizar seguimiento a las acciones a desarrollar en el proyecto vacunación COVID apoyo en asistencia técnica en las IPS de la subred	si	Se realizo actividad de seguimiento	Se realizo oportunamente la actividad de seguimientos.
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.	si	Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al lider del area.	Al terminar la actividad se entrega sis carnes de adultos,jeringas ,algodón,agua esterii,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal.
. Allstar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaría 6. Realizar la gestión del riesgo	si	se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes.	Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades p
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	si	se revisa los sis, se verifica que concuerde cada uno con las bases de datos	Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis .
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	si	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promocion y prevencion,	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos 10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	si	Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura.	Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad,elementos de proteccion personal(Gorro,Bata,Monogafas,Careta,Guantes)
Allstar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS	si	Verificar sis de adultos y consentimientos informados.	Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
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).	si	Se realizo para el cumplimiento de metas en jornadas covid.	asignacion por parte de los jefes, vacunacion covid
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la Institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud	si	Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud,	Se da a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable y colaborativa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE

Domínguez

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA CC 1002302690

supervisor: Fecha dd/mm/aaa Firma de recibido

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 6/2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA

CC 1002302690

DE BOGOTA

La suma de $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE M/C, por concepto de servicios PERFIL AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 1 DE JUNIO al 30 de JUNIO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5409- 2021

Domínguez

DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA

CC 1002302690

DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO DE CUENTA 488409049886

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-08, 04:52:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037683280

Periodo Cotización: mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8844823960

PAGADO 08/06/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA		
Documento	CC1002302690	**Dirección**	CL 39C SUR #73 F - 53
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104100154
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporta SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
C 1002302690	DIANA PAOLA DOMINGUEZ ACOSTA	59	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER	$ 908.526	$ 113.600	2.436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.