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:	LINAMAYERLI GUZMAN JAIMES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022400620							
CORREO ELECTRONICO:	MAYEJAIMES0@GMAIL.COM				CELULAR:	3144212170							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA16N04												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proteccion especifica - covid Pablo VI				SEDE:	PABLO VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488420005321								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5405-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	28912	FECHA	30/04/2021		
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	5	2021		31	5	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:	$4.540.498
VALOR EJECUTADO	$4.540.498
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
1037749849	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

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

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LINA GUZMAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ProTeccion especifica- covid Pablo VI		**SEDE: Pablo VI**							
No. DE CONTRATO:	5405-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2021		31	5	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINAMAYERLI GUZMAN		**C. C.**		1.022.400.620	**DE**		BOGOTA	

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 SERVICI

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI__X__ NO ____ Servicios: SI __X_ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 Secretaria 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 segun 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 esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon qurucidal.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria, 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 pro
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 , 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)
Alistar soportes y presentar auditorias 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.	asrgnacion 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 MCTE

LINAMAYERLIGUZMAN C.C 1022400620

Supervisor _____ Fecha (dd/mm/aaaa) 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°5 MAYO/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LINAMAYERLI GUZMAN JAIMES

CC 1.022.400.620 De Bogotá

La suma de $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE, por concepto de servicios AUXIILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 01 al 31 de MAYO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°5405 /2021.

LINA GUZMAN

CC 1022400620 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488420005321

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-05-24, 11:02:36 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1037749849 **Referencia pago(PIN)** 8845404960

Periodo Cotización 202104 **Periodo Servicio** 202104

Cliente:

PAGADA 2021-05-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MAYERLY GUZMAN JAIMES				
Documento	CC 1022400620	**Dirección**	CR 39 SUR #29 A - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144212170		
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 1022400620		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GUZMAN JAIMES LINAMAYERLI	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			
IBG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días ESP	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. 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
X															0	30	30	30	0			$ 908.526	25-14		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPSC34		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!