	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Fecha de aprobación	9/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO										
TIPO DE DOCUMENTO:			CC	X	C.E		NO.			52811380			
CORREO ELECTRONICO:			LIMAJO_16@HOTMAIL.COM				CELULAR:			3133426289			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							FO09						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC				SEDE:			FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%		Centro de costo	%	Centro de	%
	FO09K32	100%											
0	DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:			AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7300745176							PENSIONADO		NO	

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3808-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 6 DE 6
NÚMERO DE CDP	958	FECHA	28/06/2021	NÚMERO DE CRP	38394	FECHA	30/06/2021
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 TECNICO 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 contratointeradministrativo No 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	7	2021		31	7	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$2,232,442						
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

OBSERBACIONES: Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentajes o cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios es de anotar que para los alivios tributarios se deben allegar los soportes

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13,359,225
VALOR EJECUTADO	$13,359,225
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,232,442
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1037991691	$908,526.00	$113,600	$145,400	3	$22,200	**$281,200**

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

SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA		Sede: Fontibon						
No. DE CONTRATO:	3808-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2,021		31	7	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO	C. C.	52811380			DE	BOGOTA		

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

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	SI	actualizacion de datos de usuarios capitados con capital salud	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
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	SI	formatos de identificacion de usuarios capitados con capital salud	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	se les indica a los usuarios importancia de la asignacion de las citas y asistir a ellas, para el evento o programa que tiene pendiente según base de datos	Matriz de unidad de analisis 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	SI	de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el perfil a cargo	no se presentan notificaciones de este mes
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduria 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	SI	se intervienen individuos por el perfil auxiliar de enfermeria brindando infrmacion sobre deberes y derechos en salud , la importancia de asistir a programas de p y d	Matriz de unidad de analisis 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 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	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
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.	NO	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas (registrar la asistencia tecnica en la que se participo) por el momento no se han programado	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación
Reelaizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Apoyo e actividades de notificación de evento COVID, revisión de laboratorios, historias clinicas,se realizan a diario 60 seguimiento telefonico a pacientes.	Fichas de Notificación, base de seguimientos telefonicos a pacientes COVID.

OBSERVACIONES:

Total A Pagar: (Numero y letras) $2.232.442, Dos Millones Doscientos Treinta y dos Mil Cuatrocientos Cuarenta y dos pesos.

LIDA MILEIDY GOMEZ CC52811380_____ Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede. Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el. Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista. Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De. Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales. Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado. Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas. Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados. Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones. Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar. Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 07/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIDA MILEIDY GÓMEZ TRUJILLO

CC 52811380 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de $ 2.232.442, Dos Millones Doscientos Treinta y dos mil Cuatrocientos Cuarenta y dos pesos, por concepto de servicios Auxiliar de Enfermería Técnico 1, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3808/2021.

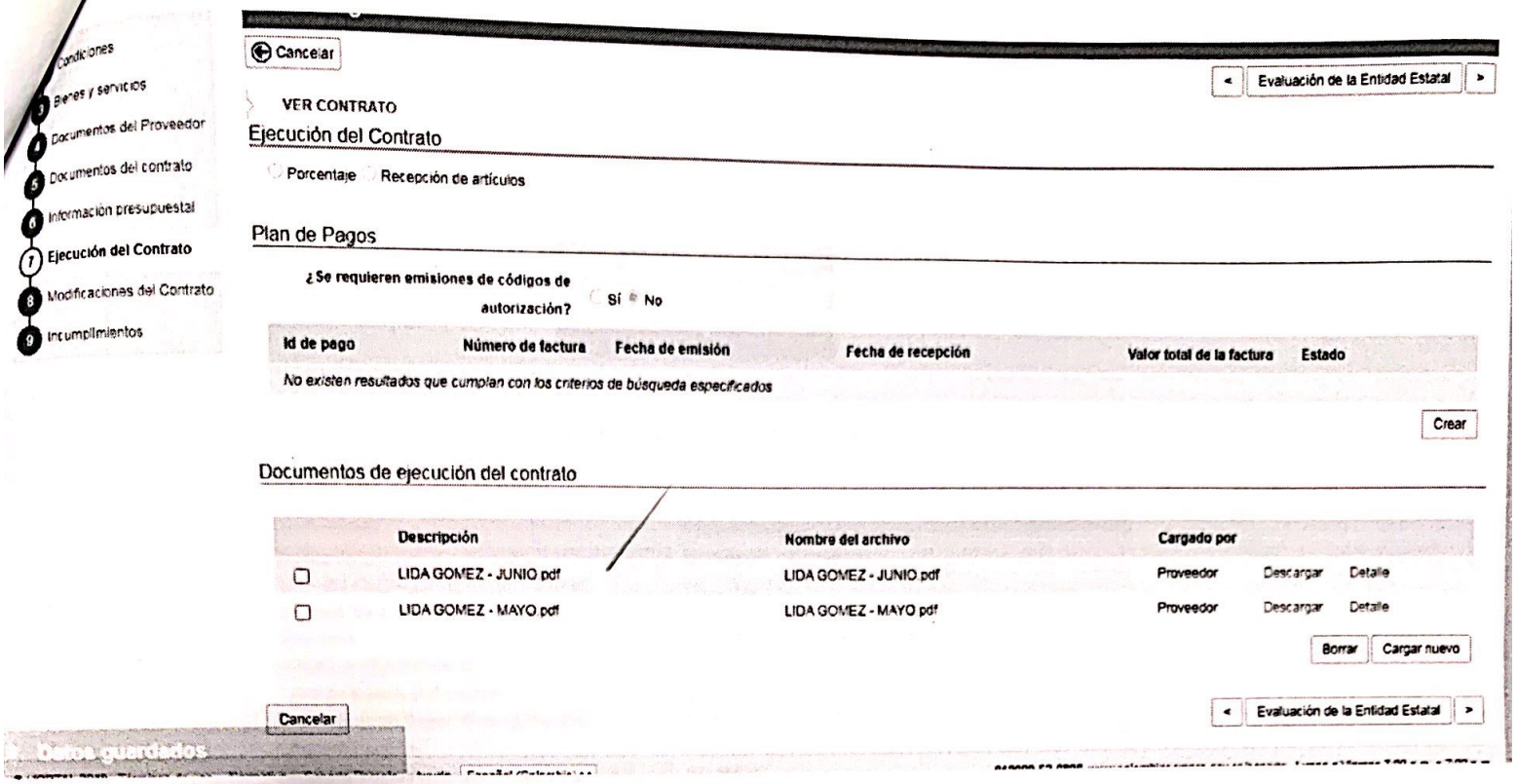
LIDA MILEIDY GÓMEZ TRUJILLO

CC 52811380 de BOGOTÁ D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 7300745176

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-06-11, 04:33:26 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2021
Empresa	LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52811380
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8834716650 / 1037991691
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	57146576
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 299.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 18.200	$ 0

SubTotales:	$ 299.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 299.400

Lineas 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!

Escaneado con CamScanner