| 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<br>Fecha de aprobación: 9/11/2016<br>Código: 15-02-FO-0002 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LISBEL DIAZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52280505 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lisbeldiaz@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3136712523 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 477370039869 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2835-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 5 DE 5 | |
| NÚMERO DE CDP | 766 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP | 32287 | FECHA | 31/05/2021 |
| 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 PAI | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.232.442 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11.424.442 |
| VALOR EJECUTADO | $11.424.442 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9420736513 | $1.012.040 | $126.505 | $161.926 | 3 | $24.653 | $313.084 |

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

**CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LISBEL DIAZ

**LISBEL DIAZ**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

2
30/1/2017
84-02-FO-0003

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | | | | **Sede:** FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2835-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 8 | 2021 | | 30 | 8 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LISBEL DIAZ | | **C. C.** | | 52.280.505 | | **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 SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. auxiliar de enfermeria PAI**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos:** SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI __X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI. | si | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato. | Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud. |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | 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. |
| Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar. | si | si se realiza sanetizacion en el mes, se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas. | no realiza sanitizacion al finalizar la actividad del temo y elementos de vacunacion durante el mes . |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermería Intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución. | si | Se realiza reemplazo en la uss carbonell en el mes de junio. | Se realiza reemplazo en uss carbonel en el mes de junio. |
| Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | 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 líder del area. | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal, |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes. | 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 oportunamente las actividades programadas de vacunacion. |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | si | Se diligencia sis 150,kardex diario,carnes niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo. | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes. |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE. | 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. |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida. | 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. |
| Realizar lectura e interpretación del camé de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | si | Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion | Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | Se realiza reemplazo en la uss carbonell en el mes de junio. | Se realiza reemplazo en uss carbonell mes de junio |
| 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. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | si | Se asiste a reuniones programadas en el mes . | S e asistio a las reuniones según programacion y soporta en listados de asisitencia. |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital. | si | Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades. | Se guarda absoluta reserva de la informacion conocida en cada una de las actividades desarrolladas y realicionadas con el hospital. |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI. | si | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes . | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,232,442 dos millones doscientos treinta y dos mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos m/cte**

LISBEL DIAZ

LISBEL DIAZ CC 52,280,506

Fecha (dd/mm/aa) Firma de recibido supervisor

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

YADR

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52280505 | | DIAZ LISBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | crr 12 # 23 a 18 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-05 | 2021-05 | 28708269 | 9420736513 | 1 | 2021/06/02 | 2021/06/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $313,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,012,040 | $162,000 | | | $1,012,040 | $126,600 | | | $0 | $0 | | | $1,012,040 | $24,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,012,040 | $162,000 | | | $1,012,040 | $126,600 | | | $0 | $0 | | | $1,012,040 | $24,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,012,040 | $162,000 | | | $1,012,040 | $126,600 | | | $0 | $0 | | | $1,012,040 | $24,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52280505 | DIAZ LISBEL | 231001 | 30 | $1,012,040 | $162,000 | EPS002 | 30 | $1,012,040 | $126,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,012,040 | $24,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,012,040 | $162,000 | | | $1,012,040 | $126,600 | | | $0 | $0 | | | $1,012,040 | $24,700 | | $0 | $0 |



2021/06/04 04:27 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52280505 | | DIAZ LISBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | crr 12 # 23 a 18 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-05 | 2021-05 | 28708269 | 9420736513 | I | 2021/06/02 | 2021/06/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $313,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,000 | $0 | $0 | $162,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $162,000 | $0 | $0 | $162,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,700 | $0 | $0 | $24,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $24,700 | $0 | $0 | $24,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $126,600 | $0 | $0 | $126,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $126,600 | $0 | $0 | $126,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $313,300 | $0 | $0 | $313,300 |



2021/06/04 04:27 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°06/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

LISBEL DIAZ

CC 52 280 505 DE BOGOTA

La suma de (2,232.442)dos millones doscientos treinta y dos mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos m/cte por concepto de servicios Auxiliar de enfermería - Técnico _ 1 durante el periodo de 1/06/2021 AL 30/06/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2835/2021

LISBEL DIAZ

LISBEL DIAZ

CC 52280505 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 477370039869